

# XIX СЪЕЗД ПЕДИАТРОВ РОССИИ

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

5–7 марта 2022 г., Москва

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ  
СЪЕЗДА

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



*лет*  
Союзу  
педиатров  
России  
1927–2022





**Союз  
педиатров  
России**

# **СБОРНИК ТЕЗИСОВ XIX СЪЕЗДА ПЕДИАТРОВ РОССИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ»**

**Москва, 5–7 марта 2022 г.**



**Союз  
педиатров  
России**

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

# ЧАСТЬ I

## СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ COVID-19

Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К., Сагатбаева Н.А., Умбетова Л.Ж.

*НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика Казахстан*

**Актуальность.** Новый коронавирус SARS-CoV-2 в настоящее время является одной из актуальных проблем здравоохранения во всем мире, вызванная им инфекция COVID-19 поражает людей любого возраста. В перинатологии появляется все больше публикаций об инфицировании коронавирусом SARS-CoV-2 беременных женщин и их детей. Матери, перенесшие COVID-19 незадолго до родов, имеют в большинстве случаев у своих детей нарушения ранней неонатальной адаптации в легкой форме, без выявления РНК вируса SARS-CoV-2 в организме детей (Дегтярев Д.Н., 2021). Опубликовано несколько обзоров, касающихся младенцев, рожденных от матерей, у которых был положительный тест на COVID-19 во время беременности, и о смерти младенцев от COVID-19 с подтвержденным COVID-19 как у матерей, так и у новорожденных детей (Dumitriu D., JAMA Pediatr, 2020.).

**Цель исследования.** Изучить состояние новорожденных, родившихся от матерей с подтвержденным COVID-19.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 75 новорожденных детей, родившиеся от матерей с подтвержденным COVID-19 в родовспомогательных учреждениях г. Алматы за период с марта 2020 по май 2021 г. Среди обследованных новорожденных детей было 38 (50,7%) мальчиков и 37 (49,3%) девочек. Все новорожденные, родившиеся от матерей с подтвержденным COVID-19, были обследованы к концу первых суток жизни методом ПЦР на РНК вируса SARS-CoV-2 (мазок со слизистой оболочки носоглотки или ротоглотки).

**Результаты.** В зависимости от гестационного возраста 75 детей, родившихся от матерей с подтвержденным COVID-19, были распределены следующим образом: 63 (84%) доношенных ребенка и 12 (16%) недоношенных детей. У 31 (41,3%) родоразрешение произведено естественным путем, у 24 (32%) — путем операции кесарева сечения. Основная часть 56 (74,7%) детей, родившихся от матерей с подтвержденным COVID-19, родились в удовлетворительном состоянии по шкале APGAR — 7/8 баллов. 9 (12%) детей родились с низкой оценкой по шкале APGAR — 4/7 баллов на фоне морфофункциональной незрелости, дыхательной недостаточности. Случаев мертворождения не отмечалось. Средняя масса тела детей составила 1950 г. При исследовании мазка из зева 75 детей от матерей с подтвержденным COVID-19 в первые сутки после рождения методом ПЦР на РНК вируса SARS-CoV-2 в 8 (10,6%) случаях результат был положительным. В остальных 67 (89%) случаях РНК вируса не идентифицирована. Из 75 новорожденных 5 (6,7%) недоношенных детей были госпитализированы в отделение интенсивной терапии, из них 3 (37,5%) пациента нуждались в искусственной вентиляции легких. Патология органов дыхания проявлялась у 4 (80%) детей в виде внутриутробной пневмонии и у 1 (20%) ребенка респираторного-дисстресс синдрома. Летальных случаев среди детей, родившихся от матерей с подтвержденным COVID-19, не отмечалось. Согласно алгоритму ведения новорожденных (приложение к приказу МЗ РК «Клинический протокол «Коронавирусная инфекция COVID-19 у детей» от 16 октября 2020 г., протокол № 117) 47 (62,6%) детей, родившихся от матерей с подтвержденным COVID-19, находились на искусственном вскармливании, лишь 5 (6,7%) детей кормились сцеженным грудным молоком. На свободном грудном вскармливании по желанию матерей находились 23 (30,7%) новорожденных ребенка. При исследовании методом ПЦР в 10 образцах грудного молока РНК вируса не обнаружена ни в одном случае.

**Заключение.** В большинстве случаев инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2, у новорожденных протекала бессимптомно. Новорожденные оставались на самостоятельном дыхании, не нуждались в респираторной поддержке и имели благоприятный исход. В большинстве (89%) случаев у новорожденных в ПЦР мазка из зева РНК вируса не идентифицирована. В грудном молоке РНК вируса не верифицирована ни в одном случае.

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ (ПО ДАННЫМ КАБИНЕТА КАТАМНЕЗА)

Абдуллаева Г.М.<sup>1</sup>, Хайрулина Н.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан*

<sup>2</sup> *Центр перинатологии и детской кардиохирургии, Алматы, Республика Казахстан*

**Актуальность.** Одной из наиболее актуальных задач оказания медицинской помощи глубоконедоношенным детям является стремление максимально уменьшить их инвалидизацию и получить адекватное качество последующей жизни. Сегодня в Казахстане принимаются все меры по обеспечению перинатальных центров катамнестическими кабинетами, которые помогают таким детям пережить критический период перехода из госпитальных в домашние условия. Особый интерес представляют вопросы физического и психического развития выживших глубоконедоношенных детей, их заболеваемость, а также проблемы своевременного выявления инвалидизирующих синдромов и последующей эффективной реабилитации детей.

**Цель исследования.** Представить уровень и структуру заболеваемости и инвалидности глубоконедоношенных детей, уточнить закономерности их физического и психомоторного развития на первом году жизни для оптимизации мер по снижению негативных последствий недоношенности.

**Пациенты и методы.** В городе Алматы при Центре перинатологии и детской кардиохирургии с 2016 г. работает кабинет катамнеза как региональная модель организации медицинской помощи детям, родившимся с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Показаниями для наблюдения в кабинете катамнеза новорожденных являются недоношенность (дети, рожденные с массой тела менее 1500 г), бронхолегочная дисплазия у новорожденных детей, тяжелая асфиксия при рождении (если ребенку проводилась лечебная гипотермия). Запись на прием осуществляется через ДАМУМЕД. Все дети наблюдаются до 2 лет.

**Результаты.** По нозологиям преобладают дети с малыми аномалиями развития сердца, анемиями, нарушениями ЖКТ и дефицитом веса. К 1 году скорректированного возраста 54% детей, имевших перинатальную патологию, здоровы. Улучшилась динамика темпов физического и психомоторного развития на 18% у глубоконедоношенных детей к 1 году скорректированного возраста (с 40% детей с задержкой при первичном приеме до 22% в конце наблюдения). В конце первого года жизни у 41,8% имелись неврологические расстройства и у 23,8% — нарушения слуха, у 21,7% проводилась коррекция ретинопатии, у 17,2% выявлен ДЦП. На втором году жизни у детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, в 26,3% случаев имели место нарушения речи, только у 24,6% детей были выявлены неврологические симптомы, а у 22,9% — нарушения слуха, у 9,3% было выявлено косоглазие, у 13,1% детей — ДЦП. В данном возрасте была необходимость в дополнительном консультировании психологом и логопедом. Кабинет катамнеза НЦиДКХ совместно со ГДКБ № 2 проводит профилактическую вакцинацию детей от РСВ-инфекции. В сезоне 2018–2019 гг., проведена вакцинация от РСВ-инфекции 10 детям. В сезоне 2019–2020 гг. — 2 детям. В сезоне 2020–2021 гг. — 42 детям с тяжелой и средней тяжелой степенью БЛД. Получившие вакцинацию от РСВ-инфекции в 100% случаев не дали ухудшения состояния хронических заболеваний дыхательных путей.

**Заключение.** Достигнуты хорошие результаты в выхаживании и абилитации недоношенных детей, о чем свидетельствуют высокие показатели выживаемости и низкие показатели инвалидности. Эффективность региональной модели обеспечивается оптимальной регионализацией перинатальной помощи, организацией и функционированием системы оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи беременным группы риска, а также глубоконедоношенным новорожденным начиная с этапа родов и до достижения ими трехлетнего возраста. Важно изучать и транслировать положительный опыт функционирования региональной модели организации медицинской помощи глубоконедоношенным детям.





## ПАТОЛОГИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Абрамов А.В.<sup>1</sup>, Тихонова Н.В.<sup>1</sup>, Панкова О.Ф.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Изучение распространенности и структуры патологии зрения среди учеников школ для детей с нарушениями зрения, проведенное Л.И. Солнцевой (2000), показало рост патологии в целом, рост смешанных форм патологии на уровне зрительного анализатора. Также у данной группы детей был отмечен рост коморбидных психических расстройств. В последние годы, как известно, отмечается рост количества детей с расстройствами аутистического спектра и иными нарушениями развития (Макушкин Е.В., Демчева Н.К., 2019). Дети с нарушениями речевого развития, отставанием или искажением развития коммуникативных навыков, трудностями в поведении в первую очередь попадают на прием к неврологу или психиатру и нередко имеют объективные сложности для проведения диагностики нарушений зрения в силу психологических особенностей. Фасад психических нарушений, таким образом, может маскировать возможную патологию со стороны зрительного анализатора.

**Цель исследования.** Изучение зрительной функции у пациентов-дошкольников НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой, находившихся на обследовании и получавших лечение в 2021 году.

**Пациенты и методы.** Материалом исследования явились данные обследований офтальмологом пациентов отделений дошкольного возраста ( $n = 161$ ). Следует отметить, что обязательное обследование офтальмолога назначается как детям, уже наблюдающимся офтальмологом, так и при первичном обследовании.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $5,2 \pm 1,32$  года. Нозологическая структура выборки по МКБ-10 была представлена: органическими психическими расстройствами (3%); расстройствами шизофренического спектра (6%); умственной отсталостью (6%); расстройствами психического развития (73%), из которых  $2/3$  были отнесены к расстройствам аутистического спектра, а  $1/3$  к задержкам психического развития с аутистическими чертами. Остальные 3% относились к эмоциональным расстройствам и расстройствам поведения, начинающимся обычно в детском и подростковом возрасте. В структуре психопатологических нарушений наиболее часто имела место задержка психоречевого развития (ОНР 1-3, моторная алалия, диссоциированные задержки развития и др.) в сочетании с поведенческими расстройствами (гиперкинетический синдром, психопатоподобный синдром, кататонические проявления, психоорганический синдром и др.). При офтальмологическом обследовании норма отмечена лишь в 6% наблюдений. У 67% больных выявлен сложный астигматизм, у 18% — астигматизм простой, у 5% изолированная миопия и у 1% изолированная гиперметропия.

**Заключение.** Таким образом, смешанный астигматизм выявлялся у большинства пациентов. Следует отметить, что при нем в каждом органе зрения присутствует как миопическая, так и гиперметропическая рефракция, вследствие чего картинка дважды фокусируется на сетчатке, что приводит к расфокусировке световых лучей и деформации изображения. В результате этого могут возникать головные боли, раздражительность, невозможность усвоения стимульного материала при лечебно-педагогических мероприятиях. Вместе с этим отсутствие коррекции зрения создает риски для развития амблиопии и косоглазия. Полученные данные позволяют рассматривать дошкольников с психическими нарушениями группой, требующей настороженности в плане нарушений со стороны зрения. Оптимальным способом для диагностики представляется автоматическая педиатрическая рефрактометрия ввиду легкости выполнения и возможности ее проведения вне офтальмологического кабинета, в более привычной для ребенка среде.

## ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРЬЯ

**Абрамова Е.В., Малинина Е.И., Мамон В.В., Топчиу И.Ф.**

*ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень,  
Российская Федерация  
ГБУЗ ЯНАО Тазовская ЦРБ, пгт. Тазовский, Ямало-Ненецкий АО,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Вакцинопрофилактика — это наиболее эффективный способ снижения заболеваемости управляемыми инфекциями и предупреждения фатальных осложнений, связанных с ними. Актуальным вопросом остается проблема транспортного сообщения между населенными пунктами региона и медицинскими учреждениями, а также с отдаленными поселениями коренных народов.

**Цель исследования.** Изучить особенности организации плановой вакцинации детского населения против пневмококковой инфекции, коклюша и гриппа в Тазовском районе ЯНАО.

**Пациенты и методы.** Анализ выполнения годового плана по профилактическим прививкам от коклюшной, пневмококковой, гриппозной инфекции с использованием формы № 5 за 2016–2020 гг.

**Результаты.** Тазовский район располагается на северо-востоке Ямало-Ненецкого АО в малонаселенной арктической зоне. Районным центром данного региона является поселок городского типа Тазовский, другие же населенные пункты располагаются от него на расстоянии от 18 (Газ-Сале) до 340 км (Гыда), при этом единственным способом сообщения между ними остается авиатранспорт. Представленность детского населения составляет 2615 человек: 42% из них проживает в пгт. Тазовском, 10% — в Газ-Сале; 25% — в Гыде; 17% — в Антипаюте; 6% — в Находке. Помимо детей, проживающих на территории сел и поселков, имеются дети, проживающие в поселениях оленеводов — коренные народы, которым также оказывается медицинская помощь и диспансеризация. Приверженность вакцинации в Тазовском районе как среди поселковых жителей, так и коренного населения с 2016 по 2018 г. высокая — от 66,9 до 89,3% — и показывает позитивный тренд, достигая по некоторым нозологиям (против дифтерии, коклюша, столбняка, кори, гемофильной и пневмококковой инфекции) более 100%. В 2019 и 2020 гг. происходит снижение темпов прироста вакцинированных в связи с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19. Следует отметить, что региональный календарь профилактических прививок включает часть вакцинаций, не предусмотренных национальным календарем, например иммунизацию против гепатита А, менингококковой инфекции, ветряной оспы и клещевого энцефалита.

**Заключение.** Несмотря на возможные трудности, возникающие при проведении прививочной кампании, вакцинация проводится, и ее показатели остаются высокими, что способствует выработке коллективного иммунитета.



## КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ПОРАЖЕНИЕМ ГЛАЗ

Алекина В.Н.<sup>1</sup>, Баштакова Е.А.<sup>2</sup>, Пономарева М.Н.<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** Увеит является наиболее частым экстраартикулярным проявлением ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) — гетерогенной группы заболеваний, к которым относят все хронические воспалительные заболевания суставов у детей неустановленной причины, длительностью более 6 нед, возникшие в возрасте до 16 лет.

**Цель исследования.** Представить клинико-статистический анализ клинических историй болезни детей с ЮИА-ассоциированным увеитом.

**Пациенты и методы.** Ретроспективно проведен анализ медицинских карт стационарного большого детского отделения ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1» пациентов с ЮИА, имеющих в анамнезе увеит.

**Результаты.** Всего в поле зрения ревматологов 14 детей с ЮИА с поражением глаз, из них 5/14 (35,7%) девочек, 9/14 (64,3%) мальчиков. Медиана возраста дебюта заболевания в виде увеита составила 6,3 года [1 год; 14 лет], что соответствует среднестатистическим показателям Российской Федерации — до 6 лет. Отмечен двусторонний процесс поражения глаз во всех случаях наблюдений. Дебют суставного синдрома выявлен у 9/14 (64,3%) детей, четверо из них (8,6%) связывают первичное поражение того или иного сустава с травмой, что зафиксировано в первичной медицинской документации, у 1/14 (7,1%) ребенка в анамнезе воспалению сустава предшествовала острая кишечная инфекция. Увеит в дебюте заболевания отмечен у 5 (35,7%) детей, что превышает среднестатистические показатели по Российской Федерации. Анализ базисной терапии по общему состоянию выявил, что метотрексат получают 7/14 (50%) детей; генно-инженерные биологические препараты (ГИБП): тоцилизумаб — 2/14 (14,3%) детей, адалимумаб — 5/14 (35,7%) детей. На фоне современной адекватной терапии достигнута ремиссия по состоянию органа зрения у 13/14 (92,9%) детей, у 1/14 (7,1%) ребенка увеит имеет рецидивирующее течение, что связано с нерегулярным применением базисных препаратов, их самостоятельной отменой.

**Заключение.** Исследование показало, что ЮИА с офтальмологическими проявлениями в виде увеита наиболее подвержены мальчики (64,3%), частота дебюта заболевания в виде офтальмологического проявления — увеита отмечена в 35,7% наблюдений и развивается в среднем в 6,3 года, первичное поражение суставов выявлено в 64,3% наблюдений. Эффективность базисной терапии зависит от комплаенса пациента и заключается в назначении метотрексата и ГИБП (50%/50%).

## COVID-19 У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ГКДБ Г. МАХАЧКАЛЫ

**Алискандиев А.М., Алискандиева З.А., Абдулмуслимов М.Т., Абакаров С.С.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Махачкала,  
Российская Федерация  
ГБУ Республики Дагестан «Детская городская клиническая больница»,  
Махачкала, Российская Федерация*

**Актуальность.** 11 марта 2020 г. ВОЗ объявила о начале пандемии COVID-19 (Coronavirus disease 2019) из-за быстрого и глобального распространения инфекции, вызываемой новым коронавирусом. По данным отечественных и зарубежных исследователей, в возрастной структуре диагностированных случаев COVID-19 дети составляют 1–5%.

**Цель исследования.** Оценить характер течения новой коронавирусной инфекции у детей для оптимизации подходов к ее терапии.

**Пациенты и методы.** Работа выполнена на клинической базе кафедры факультетской и госпитальной педиатрии ДГМУ — в городской детской клинической больнице г. Махачкалы. Всего за май — середину июня пролечен 51 больной, за май — 36 человек, за 15 дней июня — 15 больных. Детская городская клиническая больница г. Махачкалы была перепрофилирована под COVID-19 с 1 мая 2020 г. Госпиталь для больных с вирусом SARS-CoV-2 на 30 коек был развернут в грудном отделении.

**Результаты.** В мае среди поступивших 36 детей в возрасте до года были 6 детей, от 1 года до 3 лет — 1 ребенок, с 3 до 14 лет — 11 детей, старше 14 лет — 18 больных. Из них со среднетяжелым течением — 21 пациент, с тяжелым — 15 человек, скорой помощью доставлены 16 человек, остальные — самотеком. Выздоровели 34 ребенка, с улучшением выписаны 2 больных. Из 36 больных пневмония выявлена у 10. COVID-19 уточнен у 20 больных, не уточнен у 16 человек.

В июне поступили 25 больных детей. Из них до года — 1 ребенок, с 3 до 14 лет — 10, старше 14 лет — 14 больных. Среднетяжелых — 19, тяжелых — 4, очень тяжелых — 2. Доставлены скорой помощью 9 больных, остальные — самотеком. Выздоровели 12 больных, улучшение отмечено у 3 пациентов.

Поступившие в основном из Махачкалы, 1 больной из Гергебильского района, 1 — из с. Ахты, 3 — из п. Шамхал, 1 — из Тляратинского района.

Сопутствующие заболевания в виде анемии выявлены у 8 больных, ДЦП — у 1, функциональной кардиопатии — у 6, миокардиодистрофии — у 2, ВПС — у 1, порока развития легкого — у 1, ревматоидного артрита — у 1, пиелонефрита — у 1, паратрофии — у 1, сахарного диабета — у 1, СПИДа — у 1, гидроцефалии — у 1 пациента.

За этот период в реанимационном отделении умерли 2 ребенка, у которых была сопутствующая тяжелая фоновая патология: Из них 1 больной из Хасавюртовского района с ВИЧ-инфекцией и 1 больной из Карабудахкентского района с ВАР почек. Наиболее частыми клиническими проявлениями у пациентов с COVID-19 была повышенная температура — у 58,5% детей, кашель наблюдался у 48,3% больных, боль в горле и одышка соответственно у 45,2 и 28,7% детей.

**Заключение.** Таким образом, предварительные данные позволяют сделать промежуточный вывод, что в настоящее время дети по сравнению со взрослыми значительно легче переносят COVID-19. Кроме этого, новая коронавирусная инфекция у детей имеет и существенно более благоприятный исход. В то же время именно дети, как категория с наиболее высоким уровнем бессимптомного и легкого течения заболевания, составляют основной трансмиссивный потенциал для продолжения пандемии.





## ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ТРАНСФУЗИОННО-ЗАВИСИМЫХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ СОВРЕМЕННОЙ ХЕЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ

Анисимова А.В., Балашова Е.А.

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

**Актуальность.** Несмотря на применение современной хелаторной терапии, среди детей, получающих регулярные гемотрансфузии, отмечаются нарушение физического и полового развития, а также нарушение функции внутренних органов.

**Цель исследования.** Анализ физического развития и клинико-лабораторных показателей детей с трансфузионно-зависимыми заболеваниями с учетом проводимой хелаторной терапии.

**Пациенты и методы.** Проведено ретроспективное исследование историй болезни 23 детей 2–17 лет (мальчики — 56%), страдающих трансфузионно-зависимыми заболеваниями, находившихся на стационарном лечении в отделении онкогематологии ГБУЗ СОДКБ им. Н.Н. Ивановой в период 2017–2021 гг. В выборку вошли 10 детей с наследственной гемолитической анемией (ГА), 13 — с апластической анемией (АА) (врожденная — 9). Средний объем заместительной гемотрансфузии — 310; 40 мл за госпитализацию. Средняя продолжительность заболевания — 4,7 года.

**Результаты.** В группе ГА рост соответствовал норме у 60,0%, у 30,0% был ниже среднего, у 20,0% детей выявлена низкорослость ( $< -2SD$ ). ИМТ по z-score соответствовал норме у 60%, тогда как у 2 детей (20,0%) выявлена пониженная масса тела, еще у 2 детей — тяжелый дефицит. Кроме того, у половины детей (53,8%) выявлен низкий уровень креатинина как возможный показатель низкой мышечной массы. В группе АА нормальные массо-ростовые показатели были у 38,5% детей. ИМТ ниже нормы был у трети детей, у 15,4% — тяжелый дефицит массы тела, еще у 15,4% — ожирение. Низкорослость выявлена в 23% случаев. При этом массо-ростовые показатели не коррелировали с уровнем сывороточного ферритина (СФ). Однако выявлена положительная корреляция уровня СФ с продолжительностью терапии ( $r_s = 0,633$ ,  $p(2\text{-tailed}) = 0,027$ ). Также у 30,1% детей с ГА отмечена гипергликемия. Несмотря на более высокие показатели СФ в группе ГА, по результатам ЭКГ функциональные нарушения обнаружены только у 20,0% детей, тогда как в группе АА — у 46,1%. Повышение трансаминаз обнаружено у 1 ребенка с ГА и у 4 детей с АА.

**Заключение.** Физическое развитие трансфузионно-зависимых детей страдает практически в 50% случаев, несмотря на проведение хелаторной терапии. Для детей с АА по сравнению с ГА характерны более выраженные нарушения, очевидно, связанные с патогенетической терапией основного заболевания. Выявление биохимических изменений свидетельствует о недостаточно агрессивной хелаторной терапии и требует внедрения новых диагностических методов, таких как МРТ T2, способных выявлять изменения органов-мишеней на ранних стадиях.

## УКУШЕННЫЕ ТРАВМЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Антонова Д.А., Васильева Е.И., Степанова Н.М., Горбунова Л.Г.

*ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,  
Иркутск, Российская Федерация*

**Актуальность.** В структуре городской травмы возросла доля травм, полученных в результате укусов животных, особенно собак. Причины распространенности укушенных ран различной локализации связаны с низкой культурой содержания домашних питомцев, бесконтрольным разведением, увеличением числа бездомных животных. Особенности ран, вызванных укусами животных, — грубые повреждения мягких тканей, первичное инфицирование, вызванное патогенной микрофлорой, находящейся в ротовой полости животных, на коже пострадавших, их одежде.

**Цель исследования.** Анализ случаев получения укушенных ран животными (собаками) в летние месяцы (июнь-август) в 2019–2021 гг.

**Пациенты и методы.** Ретроспективное исследование всех случаев обращения в кабинет экстренной травматологической помощи «ОГАУЗ ГИМДКБ» г. Иркутска за летний период 2019–2021 гг. Выявлены 297 случаев укушенной травмы. Результаты исследования представлены: медиана  $\pm$  стандартная ошибка; значимость различий оценивали по критерию Манна – Уитни, рассчитывали коэффициент корреляции Спирмена (RSp).

**Результаты.** По поводу укушенной раны обратились 297 человек, что составило от всех случаев обращения 1, 1,2, 1,6% соответственно годам анализа. Дети были в возрасте от 1,1 года до 14 лет ( $8 \pm 0,18$ ). Мальчики значительно преобладали — 177 чел. ( $p < 0,05$ ). Максимальное количество укусов ежегодно приходилось на июль (0,13,  $p = 0,02$ ), преимущественно на улице (263 чел.), нежели в быту ( $p < 0,05$ ). Мальчиков, преимущественно подростков, чаще кусали на улице (0,13,  $p = 0,02$ ), сзади (0,2,  $p < 0,05$ ); за нижние конечности (0,14,  $p = 0,02$ ) с образованием множественных укушенных ран (0,19,  $p < 0,05$ ) и ягодичную область (0,16,  $p < 0,05$ ) с формированием многочисленных ссадин (0,18,  $p < 0,05$ ). Девочек, преимущественно дошкольниц и младших школьниц, которые пытались кормить или гладить собак на улице, кусали за верхние конечности (0,14,  $p = 0,01$ ), справа (0,12,  $p = 0,03$ ); в домашних же условиях (0,15,  $p = 0,01$ ), в пылу игры — за кисть (0,19,  $p < 0,05$ ). Рвано-укушенные, скальпированные раны головы (0,11,  $p = 0,04$ ), верхних конечностей в бытовых условиях наносились чаще детям до 5 лет (0,2,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Ежегодный рост случаев укусов животными диктует необходимость обучения и соблюдения правил личной безопасности детьми, контроля за потенциально опасными ситуациями. Специфика повреждений указывает на необходимость профилактических мероприятий относительно жестокого обращения с животными.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА У ПОДРОСТКОВ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Арзикулов А.Ш., Абдумухтарова М.К., Арзибеков А.Г., Арзикулова Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан,  
Республика Узбекистан

**Актуальность.** В период становления характера особенно видны типологические черты, которые обозначаются как «акцентуации характера» — крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий. Причинами дискуссионности проблемы акцентуации характера являются прежде всего объективные трудности, с которыми встречаются исследователи и врачи смежных специальностей при ее разработке. Эти трудности обусловлены положением акцентуации на стыке ряда наук — педиатрии, психиатрии, невропатологии, биологии и генетики, психологии, педагогики, социологии.

**Цель исследования.** В настоящей работе мы предприняли попытку трактовки данных эпидемиологического исследования акцентуации характера практически здоровых подростков в возрасте 12–17 лет, проживающих в культурально-социологических условиях Ферганской долины.

**Пациенты и методы.** Предметом исследования явились учащиеся общеобразовательных школ (10%-ная выборка,  $n = 1654$ ) г. Андижана. В данной работе впервые в условиях Узбекистана на популяционном уровне применен сокращенный и адаптированный вариант патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) для подростков. ПДО предназначен для определения в подростковом возрасте (12–18 лет) типов характера при конституциональных и ядерных психопатиях, психопатическом развитии, а также при акцентуациях характера. Наблюдением был охвачен 141 подросток (девочек — 76, мальчиков — 65) в возрасте от 12 до 18 лет с разными вариантами типов акцентуации характера. У всех наблюдаемых в анамнезе не было указаний на выраженную органическую или психопатологическую симптоматику. Объективизация диагноза осуществлялась путем сочетания клинического и экспериментально-психологического методов обследования. Кроме того, обследуемые подростки были подвергнуты тщательному клинико-анамнестическому (опрос и осмотр подростка, опрос родителей и сведения от других лиц, наблюдение за поведением) и лабораторному обследованию.

**Результаты.** Обращает на себя внимание, что у мальчиков достоверно чаще ( $17,6\% \pm 1,9\%$  и  $16,4 \pm 1,8\%$ ;  $p < 0,001$  соответственно 14–15 и 16–17 лет), чем у девочек ( $6,0 \pm 1,1\%$  и  $4,4 \pm 1,0\%$  соответственно в возрастные периоды 14–15 и 16–17 лет), встречаются гипертимный, гипертимно-неустойчивый, гипертимно-циклоидный и неустойчивый типы акцентуации характера. Однако среди подростков женского пола наиболее частыми оказались шизоидный (замкнутый) ( $11,5 \pm 1,57\%$  и  $8,5 \pm 1,38\%$  соответственно 14–15 и 16–17 лет), лабильный ( $3,4 \pm 0,89\%$  и  $6,1 \pm 4,48\%$  соответственно 14–15 и 16–17 лет), сенситивный ( $2,6 \pm 0,78\%$  и  $3,4 \pm 0,89\%$ ;  $p < 0,01$ ), циклоидный ( $2,5 \pm 0,77\%$  и  $1,7 \pm 0,63\%$ ), астеноневротичный ( $4,0 \pm 0,99\%$  и  $2,4 \pm 0,75\%$ ), что свидетельствует о большей представленности в развернутом виде типов акцентуации, чем у подростков-мальчиков. Эпилептоидный, эпилептоидно-неустойчивый, эпилептоидно-шизоидный типы встречаются одинаково часто как у девочек, так и у мальчиков ( $12,0 \pm 1,6\%$  и  $7,0 \pm 1,2\%$  и  $11,5 \pm 1,5\%$  и  $6,1 \pm 1,1\%$  соответственно в возрастные периоды 14–15 и 16–17 лет).

В целом частота разных типов акцентуации характера в общей популяции обследованных здоровых подростков (1654 детей) составляет 48,2% (798), соответственно 23,6% (390) у мальчиков и 24,7% (408) — у девочек общего числа случаев или 49,4 и 47,1 от всего обследованных мальчиков и девочек. У 50,6% подростков-мальчиков и 52,9% подростков-девочек акцентуация характера не диагностирована. Ряд смешанных типов акцентуации, таких как истероидно-астеноневротический, лабильно-астеноневротический, лабильно-сенситивный, сенситивно-шизоидный и другие, в популяции здоровых подростков нашего региона не выявлены. Следует отметить, что у подростков 16–17 лет отмечается более высокий процент ( $3,4 \pm 0,91\%$  и  $8,8 \pm 1,4\%$ ;  $p < 0,001$  соответственно у мальчиков и девочек) психоастеничного, психоастенично-астеноневротического типов акцентуации. При рассмотрении результатов нашего исследования необходимо отметить, что обследованная нами популяция здоровых детей заметно отличалась по частоте ряда акцентуаций от групп, обследованных другими авторами. Эти различия могут быть объяснены, с одной стороны, несоблюдением правил эпидемиологических исследований (несоблюдение репрезентативности, отсутствие стандартизации методики исследования и т.д.), а с другой — возможной неоднородностью популяционного спектра характерологических особенностей в различных регионах мира. Нами изучены биологические и социальные факторы риска акцентуации характера. При этом обращалось внимание на наличие у родителей детей с акцентуациями характера психических болезней, патологии характера и психосоматических заболеваний (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма и другие).

Высокая концентрация психосоматических заболеваний отмечается у родственников 1-й и 2-й степени родства школьников с акцентуациями характера (35,7% у матерей и 43,4% у отцов; 55,1% у бабушек и 61,1% у дедушек;  $p < 0,05$ ). По мере нарастания степени родства увеличивается концентрация психосоматических заболеваний (39,2 и 60%,  $p < 0,001$ ). Их концентрация более высока у отцов по сравнению с матерями ( $p < 0,05$ ). Клинико-патогенетически была выявлена весьма высокая наследственная отягощенность по нервно-психическим заболеваниям. Психические нарушения имеются у 24 (17,6%) родственников 1-й и 2-й степени родства, большая частота случаев патологии характера — 52 (37,3%) и алкоголизма — 62 (44,1%). Высокая частота патологии характера у родителей детей с акцентуациями характера является показателем внутрисемейной невротизации. Анализ предъявляемых детьми и подростками с акцентуациями характера жалоб показал ее массивную соматизацию, которая характеризовалась полиморфными вегето-висцеральными нарушениями в различных органах и системах (пищеварительной, кожной, респираторной, двигательной, сердечно-сосудистой, выделительной, эндокринной), нарушениями терморегуляции и альгическими проявлениями.

Высокая частота симптомов вегето-висцеральных нарушений и их полиморфность и полисистемный характер у наших школьников указывают на возможную роль вегетативного дисбаланса в генезе манифестации акцентуации характера.

**Заключение.** Таким образом, представленные клинические факты свидетельствуют, что начало периода полового созревания, эндокринно-вегетативные и генетические взаимоотношения влияют на развитие личности в ее новых условиях и приводят к манифестации и раскрытию черт определенного эндогенно обусловленного типа акцентуации характера.

Начало полового развития, или половой криз, является внутренней почвой, способствующей раскрытию типов акцентуации характера.

Вследствие эндогенных механизмов и действия психогенной микросоциальной среды могут формироваться смешанные формы акцентуаций характера. Констатация акцентуации характера и ее тип — это определение преморбидного фона, на котором могут возникать различные виды дезадаптации (нарушения адаптации), нервно-психические и психосоматические расстройства.





## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Барычева Л.Ю., Идрисова А.С., Кузьмина Е.С., Межидов К.С., Хачирова Л.С.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,  
Российская Федерация

Республиканская детская клиническая больница им. Е.П. Глинки, Грозный,  
Российская Федерация

**Актуальность.** В современных экспериментальных и клинических исследованиях показана ведущая роль иммунной системы в патогенезе перинатальных поражений ЦНС. Установлено, что показатели отдельных интерлейкинов положительно коррелируют со степенью гипоксически-ишемической энцефалопатии и могут использоваться в качестве ранних биомаркеров для диагностики церебральных повреждений у новорожденных высокого риска.

**Цель исследования.** Определить прогностическую ценность провоспалительных интерлейкинов у новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС.

**Пациенты и методы.** Обследованы 45 детей с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС, рожденных в ГБУ «Родильный дом» (г. Грозный) с гестационным возрастом  $\geq 36$  нед, весом  $\geq 2000$  г. У 32 детей определялись признаки ГИЭ 2 ст., у 13 — ГИЭ 3 ст. Контрольную группу составили 50 здоровых новорожденных. Динамику психомоторного развития оценивали с помощью коэффициентов моторного развития — MQ (Motor quotient) и интеллектуального развития ребенка — DQ (Developmental quotient). Исход считали неблагоприятным в случае гибели ребенка, развития микро- или гидроцефалии, глухоты, слепоты, эпилепсии, детского церебрального паралича, задержки психомоторного развития с показателями  $DQ < 75\%$  и  $MQ < 70\%$ .

Количественное определение цитокинов (IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, IL-18) в сыворотке крови выполняли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-систем «Вектор-Бест» в соответствии с инструкцией производителя. Для анализа межгрупповых различий применяли критерии Манна – Уитни, Ньюмена – Кейлса, Данна. Степень риска развития неблагоприятного неврологического исхода оценивали по величине отношения шансов (OR). Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Резидуальные исходы удалось оценить у 38 детей, трое детей умерли, четверо — потеряны для наблюдения. Неблагоприятные неврологические последствия формировались у 47,4% детей в виде задержки психомоторного и речевого развития (47,4%), гидроцефалии (7,9%), микроцефалии (2,6%), эписиндрома (13,6%), потери слуха (5,3%), зрения (2,6%), детского церебрального паралича (10,5%).

У детей с ГИЭ выявлено повышение уровней IL-1 $\beta$  — 17,7 [13,6; 25,4],  $p = 0,009$  и IL-6 — 35,2 [24,9; 45,0],  $p = 0,001$ . Аналогичные показатели у здоровых новорожденных составили 6,55 [4,1; 12,4] и 17,55 [13,4; 24,4] соответственно. Не установлено статистически значимых изменений сывороточных показателей IL-8 и IL-18. Выявлено существенное увеличение уровней провоспалительных цитокинов у пациентов с неблагоприятными исходами по сравнению с благоприятными. Статистически значимые различия получены для IL-1 $\beta$  — 25,5 [18,8; 29,70] и 13,95 [11,40; 19,15],  $p = 0,0001$ , IL-6 — 45,70 [36,90; 112,60] и 29,6 [19,85; 37,3],  $p = 0,0006$ , IL-8 — 13,50 [10,30; 14,80] и 10,85 [7,10; 13,86],  $p = 0,03$ , IL-18 — 37,10 [23,45; 39,80] и 23,50 [19,50; 30,0],  $p = 0,008$ .

При прогнозировании инвалидизирующих последствий ГИЭ установлена высокая предсказательная ценность для IL-1 $\beta$  и IL-6, но не для IL-8 и IL-18. Увеличение риска формирования неблагоприятного неврологического исхода определялось при увеличении IL-1 $\beta$  более 19,4 пг/мл (OR = 12,80; 95% CI: 2,90–56,58, AUC 0,86) и IL-6 более 40,1 пг/мл (OR = 11,33; 95% CI: 2,46–52,15, AUC 0,70). Уровни чувствительности, специфичности, положительной и отрицательной предсказательной ценности составили 85,0%, 76,2%, 80,0%, 76,0% и 66,7%, 85,0%, 82,0%, 71,0% соответственно.

**Заключение.** Таким образом, у новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией наблюдается увеличение IL-1 $\beta$  и IL-6 в сыворотке крови. У детей с неблагоприятными исходами ГИЭ определяются высокие уровни IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, IL-18. В качестве предикторов формирования инвалидизирующих последствий ГИЭ целесообразно использовать увеличение IL-1 $\beta$   $> 19,4$  пг/мл (OR = 12,80; 95% CI: 2,90–56,58) и IL-6  $> 40,1$  пг/мл (OR = 11,33; 95% CI: 2,46–52,15), зарегистрированное в первые 4–96 ч после рождения.

## НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Батян Г.М.<sup>1, 2</sup>, Булдык Е.А.<sup>1, 2</sup>, Миклашевская Т.А.<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

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

**Актуальность.** В ситуации пандемии, вызванной коронавирусной инфекцией, особую группу риска составляют пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Нарушения ритма сердца не только усугубляют тяжесть состояния, но и могут быть угрозой для жизни пациента.

**Цель исследования.** Уточнить взаимосвязь между коронавирусной инфекцией и нарушениями ритма сердца у пациентов детского возраста.

**Пациенты и методы.** Обследованы 49 пациентов с коронавирусной инфекцией в возрасте от 1 мес до 17 лет, у которых были выявлены нарушения ритма сердца. Пациентам выполнены общеклинические, серологические и вирусологические лабораторные исследования, ЭКГ и УЗИ сердца. Дети были разделены на две группы: 1-я — с фоновой сердечной патологией (врожденные пороки сердца, малые аномалии сердца, аритмогенная дисплазия правого желудочка), 2-я — без фоновой патологии.

**Результаты.** У всех пациентов на ЭКГ были выявлены нарушения ритма и проводимости: АВ-блокада 1-й степени, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, полная блокада правой ножки пучка Гиса, синдром укороченного интервала PQ, удлинение QT, выраженная синусовая тахи- и брадикардия, суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия, миграция водителя ритма. В 1-й группе детей с фоновой сердечной патологией преобладали нарушения ритма в виде выраженной синусовой тахикардии, удлинения интервала QT. У пациента с синдромом Бругада развилась суправентрикулярная и желудочковая пароксизмальная тахикардия, явившаяся причиной летального исхода. Во 2-й группе чаще регистрировалась выраженная синусовая тахикардия, суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия. У большинства пациентов без фоновой сердечной патологии нарушения ритма сердца исчезали к моменту выписки из стационара.

**Заключение.** Коронавирусная инфекция может быть фактором, провоцирующим нарушения ритма и проводимости у пациентов без сопутствующих заболеваний сердца и усугублять нарушение ритма у детей с фоновой сердечной патологией. Вновь возникшие нарушения ритма и проводимости у пациентов с коронавирусной инфекцией обусловлены чаще всего воспалительным и ишемическим повреждением миокарда.

## АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РЕТИНОПАТИИ У НЕДОНОШЕННЫХ, НАХОДИВШИХСЯ НА ВЫХАЖИВАНИИ В ОМСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Белкова Т.Н.<sup>1</sup>, Оксеньчук Т.В.<sup>1</sup>, Дворжецкая О.В.<sup>2</sup>, Воронкова М.А.<sup>2</sup>, Русинова Т.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Российская Федерация

<sup>2</sup> БУЗОО «Областная клиническая больница» перинатальный центр, Омск, Российская Федерация

**Актуальность.** Одним из серьезных заболеваний у преждевременно родившихся детей является ретинопатия недоношенных, развивающаяся преимущественно у детей с массой тела при рождении менее 1500,0 г и сроком гестации 32 нед. Это вазопролиферативное заболевание глаз недоношенных детей, в основе которого лежит незрелость структур глаза, в частности сетчатки, к моменту преждевременного рождения ребенка. В основе клинических проявлений ретинопатии недоношенных лежит нарушение нормального васкулогенеза сетчатки, который начинается на 16-й нед внутриутробного развития и завершается лишь к моменту планового рождения ребенка (40 нед гестационного возраста).

Даже при современных условиях выхаживания у детей, родившихся при сроке беременности 22–27 нед, не только сохраняется высокая вероятность развития ретинопатии недоношенных, но и возрастает риск тяжелого, атипичного течения заболевания, приводящего к неблагоприятным исходам, необратимой потере зрения, несмотря на адекватную лечебную тактику в активной фазе ретинопатии недоношенных. Практически все дети, родившиеся раньше срока, имеют офтальмоскопические отличия от доношенных детей. В норме на глазном дне недоношенных всегда выявляются аваскулярные зоны по периферии сетчатки, причем их протяженность тем больше, чем меньше гестационный возраст ребенка на момент осмотра.

**Цель исследования.** Изучение результатов офтальмологического обследования и лечения недоношенных новорожденных отделения патологии новорожденных и недоношенных детей Омского областного перинатального центра в зависимости от факторов риска за период 2018–2020 гг.

**Пациенты и методы.** За 2018–2020 г. в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (2-й этап выхаживания) ПЦ БУЗОО ОКБ г.Омска было пролечено 888 ребенка, из них недоношенных — 415 детей (48,0%). Родившиеся с экстремально низкой массой тела (менее 1000,0 г) составили 67 чел. (7,5%), с очень низкой массой тела (1000,0–1499,0) — 104 чел. (11,7%), низкой массой тела (1500,0–1999,0) — 94 чел. (10,5%).

Всем детям проводился офтальмологический осмотр с помощью непрямой офтальмоскопии бинокулярным офтальмоскопом. Для офтальмологического обследования недоношенных использовалась ретинальная камера Retcam II. Обследование проводилось согласно федеральным клиническим рекомендациям и протоколам лечения ретинопатии недоношенных на ретинальной камере (Москва, 2013).

**Результаты.** Из 415 недоношенных, получивших лечение в ОПН, ретинопатия недоношенных была выявлена лишь у 82 недоношенных новорожденных (19,7%). Из 82 детей у 13 человек (15,8%) диагностирована тяжелая стадия заболевания, что потребовало оперативного вмешательства. Все недоношенные имели срок гестации 26–28 нед и массу тела при рождении 980,0–1100,0 г. В развитии заболевания имели место факторы риска, оказавшие неблагоприятное воздействие на незрелую сетчатку недоношенного младенца и приводящих к нарушению ее нормального васкулогенеза: тяжелая внутриутробная гипоксия плода (95%), внутриутробное инфицирование (25%), тяжелый РДС-синдром (61%), длительная зависимость от кислородно-воздушной смеси (33%), осложненный период ранней адаптации (100%).

Все недоношенные были неоднократно осмотрены неонатологом, неврологом, офтальмологом. Частота осмотров офтальмолога определялась изменениями на глазном дне у детей. Так, при впервые выявленной ретинопатии недоношенных осмотр проводился 1 раз в неделю, а при необходимости — и до 3 раз в неделю, что зависело от стадии и степени развития тяжести процесса на глазном дне.

В случае дальнейшего прогрессирования ретинопатии недоношенных благоприятный исход лечения у недоношенных детей во многом зависел от своевременной диагностики и проведения оперативного лечения (транспупиллярная лазеркоагуляция) в ближайшие 72 ч после выявления пороговой стадии.

В качестве офтальмокоагулятора использовался современный отечественный инфракрасный диодный эндолазерный аппарат последнего поколения Алод-01 «Алком», оснащенный набором волоконно-оптических инструментов. Преимущества лазерной коагуляции: прицельная обработка зоны патологии, меньшая травматизация тканей глаза, возможность проведения лечения непосредственно в перинатальном центре. В наиболее сложных случаях проводились телеконсультации с федеральными офтальмологическими центрами Санкт-Петербурга и Калуги.

Условием выписки детей с ретинопатией недоношенных явилась стабилизация процесса или регресс заболевания при достижении постконцептуального возраста 39–40 нед и улучшения состояния ребенка со стороны других органов и систем с обязательным указанием сроков дальнейшего динамического наблюдения офтальмологом. Недоношенные дети, перенесшие ретинопатию тяжелой степени, получали консультацию специалистов в областной специализированной больнице — БУЗОО «Клиническая офтальмологическая больница им. В.П. Выходцева» г. Омска.

**Заключение.** Внедрение современных научно обоснованных протоколов выхаживания недоношенных новорожденных позволило минимизировать риск развития ретинопатии недоношенных у детей с низкой массой тела при рождении и выраженной соматической отягощенностью. Своевременно проведенное высокотехнологичное оперативное лечение позволило профилактировать отслойку сетчатки, сохранить зрение и обеспечить удовлетворительное качество жизни недоношенным детям.



## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЫХАЖИВАНИЯ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ОМСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Белкова Т.Н.<sup>1</sup>, Оксеньчук Т.В.<sup>1</sup>, Голованова Ю.Е.<sup>2</sup>, Константинова А.Ю.<sup>2</sup>, Храпов Д.В.<sup>2</sup>, Афанасьев М.В.<sup>2</sup>, Бегжанова А.Х.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Российская Федерация

<sup>2</sup> БУЗОО «Областная клиническая больница», перинатальный центр, Омск, Российская Федерация

**Актуальность.** Проблемы недоношенных, родившихся с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ), до сих пор остаются приоритетными не только в отечественном, но и мировом здравоохранении, поскольку вносят ощутимый вклад в формирование здоровья общества в целом (Полин Р.А., Спитцер А.Р., 2011; Намазова-Баранова Л.С., 2013, 2015; Иванов Д.О., 2015, 2016; Антонова Л.К., 2015; Заваденко Н.Н. с соавт., 2018). Изучение результатов выхаживания и исходов у глубоконедоношенных детей представляет как научный, так и практический интерес, являясь основой для дальнейшего наблюдения за такими детьми с целью снижения их инвалидизации и улучшения качества жизни.

**Цель исследования.** Изучение особенностей исходов у глубоконедоношенных детей с учетом последовательного внедрения в практику современных перинатальных технологий.

**Пациенты и методы.** Проведено ретроспективное исследование недоношенных детей, родившихся с ЭНМТ и ОНМТ и находившихся на выхаживании в перинатальном центре БУЗОО ОКБ г. Омска за период с 2012–2020 гг. Всего в исследование включены 106 детей, которые были разделены в зависимости от гестационного возраста на три группы: 1-я — 22–25 нед (n = 30), 2-я — 26–28 нед (n = 60), 3-я — более 28 нед (n = 16). Результаты обработаны с помощью пакета программ MS Excel с применением непараметрических методов описательной статистики (критерий  $\chi^2$ , факторный, дисперсионный анализ).

**Результаты.** Выявлены факторы риска у всех матерей, чьи дети вошли в исследование. У четверти женщин (25,4%) (n = 29) наблюдалось сочетание соматических и гинекологических заболеваний. Беременность протекала с угрозой прерывания у 68 (64,2%), с признаками хориоамнионита — у 9 (8,5%) женщин. Воспалительные заболевания органов малого таза представлены вагинитом (38%), хроническим сальпингоофоритом (34%), хроническим эндометритом (14%), бактериальным вагинозом (14%). Акушерский анамнез был отягощен наличием абортов в анамнезе (54%), развитием преэклампсии (48,1%) в течение настоящей беременности. Достоверно чаще анемия встречалась у женщин 1-й группы (33,3%), чем 2-й (28,3%) и 3-й (25%) ( $\chi^2 = 9,97$ , p = 0,007). Преобладало оперативное родоразрешение — 82 недоношенных ребенка (78,1%). Антенатальная стероидная профилактика респираторного дистресс-синдрома была проведена 58 беременным (55,2%). За исследованный промежуток отмечалась положительная динамика назначения антенатальной профилактики РДС при угрозе преждевременных родов.

Гестационный возраст (ГВ) новорожденных составил от 22 до 31 нед, преобладали дети со сроком гестации 25–28 нед (группа 2). Масса тела недоношенных при рождении составила в среднем  $792 \pm 142,5$  г, наименьшая масса тела — 450 г. С 2012 г. помощь детям с ЭНМТ и ОНМТ оказывалась согласно имеющимся протоколам с применением современных технологий выхаживания таких детей (применение теплосберегающей пленки в родильном зале, введение сурфактанта, ИВЛ в триггерном режиме, соблюдение охранительного режима и пр.). С 2016 г. внедрялись современные способы стабилизации недоношенных в родильном зале: отсроченное пережатие пуповины, маневр «продленного вдоха», неинвазивная респираторная поддержка (НСРАП). Такой подход позволил уменьшить потребность в проведении ИВЛ, значительно снизить количество детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями (ВЖК), с тяжелыми анемиями, требующих проведения гемотрансфузии.

Необходимо отметить тенденцию к снижению частоты развития инвалидизирующей патологии (тяжелые ВЖК, НЭК, ретинопатия, БЛД) с 2012 по 2020 г., что можно объяснить внедрением перинатальных технологий, улучшающих исходы у глубоконедоношенных детей, а также накоплением опыта медицинского персонала. Показательна динамика частоты формирования внутрижелудочковых кровоизлияний, которые расцениваются как маркер качества оказываемой перинатальной помощи. Достоверно чаще ВЖК отмечалось в 1-й группе — 20 случаев (66,6%) по сравнению со 2-й и 3-й группами — 26 (43,3%) и 6 (37,5%) соответственно ( $\chi^2 = 9,2$ , p = 0,01).

Программа развивающего ухода (NIDCAP — имитация внутриматочных условий), внедренная в ОРИТН, включала создание темноты (наличие покрытий на кувезы), тишины, использование специ-

альных укладок-«гнезд», поддерживающих положение ребенка в виде комочка и напоминающих стенку матки; обучение медицинского персонала и родителей; мероприятия по предотвращению боли; использование средств и методов ухода, способствующих развитию недоношенных детей (метод «кенгуру», игрушки); сотрудничество медицинского персонала и родителей, психологическую помощь семье.

Из всех детей, находившихся на выхаживании в ОРИТН, выжило 75 (70,1%), при этом процент выживших увеличивался к 2018–2020 гг., что отражало эффективность внедряемых методов выхаживания. При этом прослеживалась прямая зависимость частоты выживания по мере увеличения гестационного возраста. Так, в 1-й группе (ГВ 23–25 нед) выжили только 36,7%, во 2-й группе детей (ГВ 26–28 нед) выжили 68,3%, а среди детей с ГВ более 28 нед — 75% ( $\chi^2 = 9,95$ ,  $p = 0,007$ ).

**Заключение.** За прошедшее десятилетие положительная динамика выхаживания глубоконедоношенных детей обусловлена последовательным внедрением перинатальных технологий, в том числе методики развивающего ухода NIDCAP, а также накопленным опытом медицинского персонала. С целью улучшения качества жизни недоношенных новорожденных необходим мультидисциплинарный подход к комплексной реабилитации детей в последующем на первом году жизни и дальнейшее их катамнестическое наблюдение.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Белых Н.А.<sup>1</sup>, Пизнюр И.В.<sup>1</sup>, Иешкина М.Н.<sup>1</sup>, Деева Ю.В.<sup>1</sup>, Захарова А.В.<sup>1</sup>,  
Бурдукова А.О.<sup>2</sup>, Макаркина Е.П.<sup>2</sup>, Раева Г.Ф.<sup>2</sup>, Авдошин В.А.<sup>2</sup>

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

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

**Актуальность.** Мастоцитоз — группа сравнительно редко встречающихся заболеваний, обусловленных пролиферацией тучных клеток в различных органах и тканях. В России кожные формы мастоцитоза составляют, по разным данным, от 0,1 до 0,8% всех дерматологических диагнозов.

**Цель исследования.** Представить клинический случай мастоцитоза у пациента в возрасте 9 мес.

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

**Результаты.** Мальчик от 3-й беременности, 2-х срочных родов, вес при рождении — 2640 г. В период новорожденности отмечалась неонатальная желтуха до 2 мес. В 2,5-месячном возрасте у ребенка на коже живота, в области левого верхнего квадранта, появились высыпания: элементы диаметром 0,5–0,7 см, неправильной формы, багрово-красного цвета, склонные к слиянию, возвышающиеся над поверхностью кожи. Высыпания периодически краснели и набухали при трении, купании в теплой воде. Педиатром данные высыпания были расценены как гемангиома в области живота. В возрасте 3 мес ребенок консультирован дерматологом. На коже при трении элементов отмечалось их покраснение, образование волдыря, что свидетельствовало о положительном симптоме Дарье – Унны. Был выставлен диагноз: «Мастоцитоз, кожная форма. Пигментная крапивница». Назначен внутрь фенистил в возрастной дозировке на 2 нед, дополнительно наружно — эомоленты. В возрасте 4 мес отмечалось появление еще 2 новых багрово-красных элементов неправильной формы справа, склонных к слиянию, диаметром 0,5 см.

**Заключение.** Благоприятный исход заболевания характерен для детей с типичным течением болезни и при возникновении его в возрасте до 2 лет. У половины детей с кожными формами мастоцитоза регистрируют отсроченный регресс высыпаний. Из-за вероятности перехода в старшем возрасте кожного мастоцитоза в системный необходимо осуществлять диспансерное наблюдение за ребенком, страдающим этим заболеванием.



## ИССЛЕДОВАНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, О ФАКТОРАХ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ

Белых Н.А.<sup>1</sup>, Пизнюр И.В.<sup>1</sup>, Анисеева Н.А.<sup>1</sup>, Деева Ю.В.<sup>1</sup>, Сологуб М.А.<sup>1</sup>,  
Бурдукова А.О.<sup>2</sup>, Макаркина Е.П.<sup>2</sup>, Раева Г.Ф.<sup>2</sup>, Авдошин В.А.<sup>2</sup>

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

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

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) является распространенным в детском возрасте заболеванием дыхательных путей. В последние годы уделяется повышенное внимание к роли обеспеченности организма витамином D (VD) в тяжести течения БА.

**Цель исследования.** Изучить частоту профилактического применения витамина D у детей, страдающих БА, а также уровень осведомленности их родителей о роли VD в организме ребенка.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ медицинской документации и анкетирование родителей детей, страдающих БА (n = 120) в ГБУ РО ГДП № 3 г. Рязани. Для исследования была разработана анкета, которая включала открытые и закрытые вопросы. Статистическая обработка данных была проведена с помощью прикладного пакета Microsoft Office Excel.

**Результаты.** В группе обследованных детей 80,8% (n = 97) были старшего школьного возраста, преобладали мальчики (66,6%, n = 80). Тяжесть течения БА соответствовала легкой (64,1%, n = 77) и среднетяжелой степени (35,9%, n = 43). Среди респондентов 89,1% (n = 107) указали, что дети получали витамин D только на 1 году жизни, в 86,6% (n = 104) случаев — по назначению врача-педиатра. Целью витаминпрофилактики родители считали: «для укрепления здоровья» (30%, n = 36), «укрепления костей» (22,5%, n = 27) и «правильного развития ребенка» (17,5%, n = 21). Среди факторов, влияющих на тяжесть течения БА, родители отмечали: прием базисной терапии (96,6%, n = 116), наличие в семье домашних животных (78,3%, n = 94) и курение родителей (65%, n = 78). На вопрос «Влияет ли VD на течение БА?» 28,3% (n = 34) опрошенных дали положительный ответ, 67,5% (n = 81) респондентов не считают, что VD влияет на тяжесть течения БА, и 5 человек (4,1%) воздержались от ответа. Среди источников информации о VD 63,7% (n = 76) опрошенных указали на получение знаний из средств массовой информации, 36,3% (n = 44) — от медицинских работников.

Результаты опроса показали, что в исследуемой группе профилактика дефицита витамина D проводилась только в грудном возрасте. Большинство родителей недостаточно информированы о положительном влиянии VD на течение бронхиальной астмы у детей и других внекостных эффектах VD. В связи с этим всем медицинским работникам следует уделять больше времени санитарно-просветительской работе об уникальности «витамина солнца».



## РЕСПИРАТОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Бец О.Г.**

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Курск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Несомненно, на данный момент важнейшим и волнующим мировое сообщество вопросом является потенциальное влияние инфекции, вызванной COVID-19, на течение беременности, развитие внутриутробного ребенка и состояние здоровья новорожденных.

**Цель исследования.** Провести анализ влияния вируса SARS-CoV-2 во время беременности на возникновение респираторной патологии у новорожденных в раннем неонатальном периоде.

**Пациенты и методы.** Из 50 доношенных новорожденных, рожденных в период с сентября по декабрь 2021 г. в ОБУЗ ОПЦ г. Курска было выделено 2 группы. 1-я группа — 25 новорожденных от практически здоровых матерей, перенесших COVID-19 во время беременности, 2-я группа — 25 детей от практически здоровых матерей с физиологически протекавшей беременностью. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна – Уитни.

**Результаты.** Анализ данных анамнеза течения беременности в первой группе пациентов: 0% беременных, перенесших COVID-19 в I триместре, во II триместре — 48%, в III триместре — 52%. В результате клинического наблюдения респираторные нарушения в раннем неонатальном периоде у новорожденных из 1-й группы наблюдались у 56% детей (из них транзиторное тахипноэ новорожденных — у 24%, внутриутробная пневмония — у 32%), во 2-й группе — у 16% (из них транзиторное тахипноэ новорожденных — у 12%, внутриутробная пневмония — у 4%) Согласно статистической обработке данных, при сопоставлении случаев возникновения внутриутробной пневмонии в зависимости от наличия перенесенного COVID-19 во время беременности были установлены существенные различия ( $p = 0,011$ ) (используемый метод: U-критерий Манна – Уитни).

**Заключение.** Проведенное исследование показывает, что предрасполагающим фактором развития внутриутробной пневмонии может являться новая коронавирусная инфекция COVID-19, перенесенная во время беременности.

## АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРИЕМНЫХ СЕМЬЯХ

Богормистрова В.А.<sup>1</sup>, Шестакова В.Н.<sup>2</sup>, Удовенко А.А.<sup>1</sup>, Свобода П.Н.<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Смоленск, Российская Федерация

<sup>3</sup> УЗД, Калининград, Российская Федерация

**Актуальность.** В последние годы отмечается заметный рост соматических расстройств у детей разного возраста одновременно с резким увеличением стрессовых воздействий на ребенка. Все это в сочетании с факторами социального неблагополучия оказывается благодатной почвой для дальнейшего ухудшения состояния здоровья и поломки адаптационных механизмов организма, развития болезненных и патологических состояний.

**Цель исследования.** Изучить адаптационные возможности детей, проживающих в приемных семьях, для тактического подхода по оказанию им своевременной помощи.

**Пациенты и методы.** Анализ состояния здоровья детей, воспитывающихся в приемных семьях и учреждениях социальной сферы для несовершеннолетних, показал, что большинство детей из основной группы наблюдения состояли на учете по III (43,3%) и IV (23,3%) группам здоровья, реже — по II группе здоровья (33,3%). В то время как дети, воспитывающиеся в учреждениях социальной сферы, чаще состояли на учете по II (50,0%) и III (33,3%) группам здоровья, реже — по IV (16,7%) группе здоровья. Дети основной группы наблюдения в 2 раза чаще имели хронические заболевания (66,7%), чем функциональные нарушения ( $p = 0,15$ ), в то время как в группе сравнения дети чаще имели функциональные нарушения (на 16,7%), но достоверных различий не установлено ( $p = 0,79$ ). Анализ зависимости показателей академической, социальной и личностной адаптации в зависимости от состояния здоровья показал, что у школьников основной группы наблюдения с низкими показателями адаптационных возможностей чаще встречалась IV (71,4%), реже — III (38,5%) группы здоровья ( $p = 0,05$ ), что отражало низкую резистентность и реактивность организма у данного контингента учащихся. В группе сравнения детей с низкими показателями адаптации оказалось на 51,4% меньше, чем в основной группе наблюдения, и все они состояли на учете по IV группе здоровья (20,0%,  $p = 0,05$ ). Дети из основной группы наблюдения, имевшие средние показатели адаптации, чаще наблюдались по II (70,0%), реже — по III (61,6%) группам здоровья и еще реже — по IV группе здоровья (42,5%), но достоверных различий не установлено. 66,7% детей со II группой здоровья и 50,0% детей с III группой здоровья из группы сравнения имели хорошие показатели адаптации, что свидетельствовало о благоприятном течении адаптации и достаточных резервных возможностях у детей с функциональными нарушениями или хроническими заболеваниями, но в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии. В то время как хорошие показатели академической, социальной и личностной адаптации выявлялись на 30,0% реже у детей основной группы наблюдения с функциональными нарушениями. То есть у тех, которые состояли на учете по II группе здоровья. Необходимо отметить, что в процессе обучения школьная адаптация сопровождалась умеренным психоэмоциональным напряжением, проявляясь снижением адаптационных возможностей при стрессовой ситуации и повышением уровня функционирования элементарной биосистемы у всех детей с IV группой здоровья и у 2/3 детей с III группой здоровья независимо от места проживания. У этих детей снижался оптимальный уровень адаптации до 5,0%, стадия напряжения — до 0,0%, возрастала стадия резистентности до 50,0% и стадия истощения — до 43,8% при физиологических показателях 20,0, 40,0, 30,0 и 10,0% соответственно, что важно учитывать при составлении программ и проведении профилактических и коррекционных мероприятий.

**Результаты.** Дети из приемных семей достоверно чаще имеют хронические заболевания. Независимо от места проживания у всех детей с хроническими заболеваниями снижены адаптационные возможности. Для детей с хронической патологией в стадии субкомпенсации характерно формирование нарушений всех видов адаптации, требующей немедленной коррекции. Благополучное течение адаптации свойственно здоровым детям или с функциональными нарушениями вне фазы обострения.

## ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НЕЙРОМЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**Бомберова Л.А., Безлер Ж.А., Меньшикова Е.А.**

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

**Актуальность.** Одной из актуальных задач современного здравоохранения является оказание эффективной, качественной паллиативной помощи детям. С этой целью в Республике Беларусь создан Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям (Центр).

**Цель исследования.** Создание комплексной программы оказания паллиативной медицинской помощи детям с нейромышечными заболеваниями (НМЗ) на базе Центра.

**Пациенты и методы.** Под динамическим наблюдением в Центре находятся 43 ребенка со спинальной мышечной атрофией (средний возраст  $10,2 \pm 4,6$  года) и 79 мальчиков с миодистрофией Дюшенна (средний возраст  $10,4 \pm 4,4$  года). Проанализирован и обобщен опыт работы мультидисциплинарной команды специалистов Центра (детский невролог (координатор), педиатр, анестезиолог-реаниматолог, ортопед, эндокринолог, физический терапевт, психолог, учитель-дефектолог) с пациентами с НМЗ за 2018–2021 гг.

**Результаты.** При составлении индивидуальной программы команда специалистов ставит цель, определяет первоочередные и перспективные задачи. Координатор непосредственно работает с семьей, оценивает динамику заболевания, обеспечивает взаимодействие специалистов в команде, обобщает рекомендации. Программа предусматривает оценку состояния ребенка в динамике каждым специалистом и коррекцию выявленных нарушений, комплексное обследование с определением показаний для НИВЛ/ИВЛ (ЭКГ, спирография, ночная пульсоксиметрия, КЩС) с подбором параметров; риска развития остеопороза (денситометрия, показатели минерального обмена), нутритивного статуса (биоимпедансометрия) с выбором оптимального питания и способа кормления при нарушении глотания. Команда специалистов использует семейно-ориентированный подход. Особое внимание уделяется обучению родителей техникам респираторной поддержки, постуральному контролю, физической терапии, даются рекомендации по созданию адаптивной домашней среды. Специалисты постоянно поддерживают связь с семьей пациента, обеспечивая динамическое наблюдение и психологическую поддержку.

**Заключение.** В Центре создана и реализуется комплексная программа помощи детям с НМЗ мультидисциплинарной командой специалистов, основанная на принципах динамического наблюдения и семейно-ориентированного подхода. Эффективная совместная работа семьи и специалистов обеспечит качественное продление жизни пациентов с НМЗ.



## СИНДРОМ ВИЛЬЯМСА: ДВЕНАДЦАТИЛЕТНИЙ КАТАМНЕЗ

Бордюгова Е.В.<sup>1</sup>, Дубовая А.В.<sup>1</sup>, Катрич Н.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Донецкая народная республика

<sup>2</sup> Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк, Донецкая народная республика

**Актуальность.** Частота врожденных пороков развития (ВПР) в популяции составляет 1,5–5%. Причины ВПР могут иметь генетическую, инфекционную, тератогенную, мультифакторную природу и др. Множественные ВПР, обусловленные микроделецией длинного плеча 7-й хромосомы, входят в синдром Вильямса.

**Цель исследования.** Анализ истории болезни ребенка с синдромом Вильямса (генетически подтвержденный) для своевременного выявления орфанных генетических заболеваний врачами разных специальностей, в первую очередь — врачами первого контакта.

**Пациенты и методы.** Медицинская документация девочки М., 13 лет, с синдромом Вильямса, с рождения и по настоящее время находящейся под нашим наблюдением. Использовались клинические, лабораторные, инструментальные (эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ) и артериального давления (АД), компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки с ангиографией и др.), генетические методы исследования (кариотипирование, молекулярно-цитогенетическое исследование).

**Результаты.** От первой беременности, протекавшей на фоне пиелонефрита, анемии легкой степени. Роды первые, в срок. Девочка родилась с задержкой внутриутробного развития (масса тела — 2550,0 г, рост — 50,0 см), в асфиксии умеренной степени (оценка по APGAR — 4/5 баллов). На грудном вскармливании до 2 мес отставала в физическом и психомоторном развитии. В роддоме выявлен врожденный порок сердца (ВПС). На ЭхоКГ: стеноз правой ветви легочной артерии с градиентом давления ( $\Delta p$ ) 35 мм рт. ст., надклапанный стеноз аорты с  $\Delta p$  30 мм рт. ст. Заболевание носило прогрессирующий характер. В 11 лет на ЭхоКГ: надклапанный стеноз аорты с  $\Delta p$  61,3 мм рт. ст., гипертрофия миокарда левого желудочка. Проведена радикальная коррекция ВПС, результат операции удовлетворительный. В 5 мес прооперирована по поводу кавернозной гемангиомы предплечья, в 2,5 года — правосторонней паховой грыжи. В 3 года по данным сонографии диагностирована медулярная дисплазия почек. В 4 года окулистом выявлена гиперметропия. Имеет место ранний пубертат, менархе — 9 лет. Физическое развитие в 11 лет — ниже среднего.

В 10 мес на основании клинических критериев в генетическом центре установлен синдром Вильямса. Молекулярно-генетическим методом диагноз подтвержден в 9 лет. Родители пробанда и младшая сестра клинически здоровы.

**Заключение.** В данном клиническом наблюдении синдром Вильямса представлен типичными признаками: специфические черты лица («звездчатый» рисунок синей радужки глаз, эпикант, припухлость век, маленькая нижняя челюсть, широкий рот, полные губы, неправильный прикус, длинный фильтр, маленький нос с закругленным концом и открытыми вперед ноздрями, оттопыренные уши и др.), надклапанный стеноз аорты, паховая грыжа, чрезмерное дружелюбие, говорливость, задержка физического и психического развития. Однако не выявлена гиперкальциемия, не зафиксирована артериальная гипертензия.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕНОВ FTO, PON1, BDKRB2 У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ В Г. РОСТОВЕ-НА-ДОНУ

Бочарова О.В.<sup>1</sup>, Теплякова Е.Д.<sup>1</sup>, Абд Али Алаа Хашим<sup>2</sup>, Шкурат Т.П.<sup>3</sup>, Карантыш Г.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

<sup>2</sup> Технический университет Аль-Фурат Аль-Авсат, Ирак

<sup>3</sup> Южный Федеральный университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

**Актуальность.** В настоящее время еще не проводился анализ связи полиморфизмов генов FTO (rs9939609), PON1 (Gln192Arg) и BDKRB2 (ins/del(9b)) с ожирением в детском возрасте.

**Цель исследования.** Изучение ассоциации полиморфизмов генов FTO (rs9939609), PON1 (Gln192Arg) и BDKRB2 (ins/del(9b)) с ожирением у детей и подростков из г. Ростова-на-Дону.

**Пациенты и методы.** В исследовании «случай-контроль» были определены однонуклеотидные полиморфизмы (SNP) FTO rs9939609, PON1 Gln192Arg и BDKRB2 ins/del(9b) у 705 пациентов возрасте от 3 до 17 лет. Из них 370 человек страдали ожирением (ИМТ > 30, основная группа), в контрольную группу вошли 335 человек без ожирения (ИМТ ≤ 20). Генотипирование полиморфизмов генов PON1 (Gln192Arg), BDKRB2 (ins/del(9b)) и FTO (rs9939609T>A) проводили с использованием ПЦР-амплифицированных фрагментов.

**Результаты.** Между основной и контрольной группами выявлены различия ( $p < 0,05$ ) по частоте встречаемости генотипа TT ( $p = 0,009$ ; OR 1,67; 95% ДИ (1,14–2,46)) и аллеля T ( $p = 0,008$ ; OR 1,33; 95% ДИ (1,08–1,64)) полиморфизма rs9939609 гена FTO. Частоты генотипа GlnGln гена PON1 (Gln192Arg) не различались в основной и контрольной группах ( $p = 0,050$ ; OR 0,74; 95% ДИ (0,55–1,00)). Распределение частот генотипов BDKRB2 ins/del(9b) у детей и подростков с ожирением и без ожирения различались ( $p = 0,011$ ; OR 0,35; 95% ДИ (0,15–0,80)). Также наблюдали достоверные различия ( $p < 0,05$ ) распределения аллелей гена BDKRB2 (ins/del(9b)).

**Заключение.** Выявлена взаимосвязь полиморфизмов rs9939609 гена FTO, Gln192Arg гена PON1 и del9/del9 гена BDKRB2 ins/del(9b) с риском детского ожирения (г. Ростов-на-Дону, Россия). Небольшое увеличение риска ожирения было показано в двух моделях доминантного и рецессивного гена PON1 (Gln192Arg).



## ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПОДРОСТКОВ

**Бурлуцкая А.В., Савельева Н.В.**

*Кубанский государственный медицинский университет,  
Краснодар, Российская Федерация*

**Актуальность.** Острая патология нижних отделов дыхательных путей является актуальной социальной проблемой медицины в целом. Заболеваемость внебольничной пневмонией в регионах составляет от 5 до 17 случаев на 1000 детского населения в год. В подростковом возрасте регистрируется около 13 случаев на 1000 детей в год.

**Цель исследования.** Изучить клинико-параклинические проявления внебольничной пневмонии у детей подросткового возраста.

**Пациенты и методы.** Методом случайной выборки проведен анализ медицинских карт (форма 003/у) 62 стационарных больных с диагнозом «внебольничная пневмония», находящихся на обследовании и лечении в ГБУЗ «Детская городская клиническая больница города Краснодара» МЗ КК в период 2018–2019 гг.

**Результаты.** В исследование вошли подростки от 10 до 17 лет, средний возраст — 13 лет ( $\sigma \pm 2$ ). Преимущественно дети были в возрасте 10–13 лет (64,5%), а 14–17-летних оказалось 35,5%. Мальчиков выявлено больше — 56,5%, чем девочек (43,5%).

До госпитализации пиретическая лихорадка (более 39 °С) выявлена в 12,9% случаев, фебрильная лихорадка (38–39 °С) — в 50%, субфебрильное повышение температуры (37–38 °С) — в 37,1%. Кашель беспокоил почти всех больных (95,2%), в 85% случаев он был малопродуктивным и редким. Признаки дыхательной недостаточности выявлены у 6 подростков (9,5%). При объективном осмотре и рентгенографии органов грудной клетки у больных выявлены пневмонии: правосторонняя — в 55% случаев, левосторонняя — в 40,2% и двусторонняя — в 4,8%; очаговая — в 35,5%, сегментарная — в 24,2%, полисегментарная — в 12,9% и долевая — в 27,4%.

В общем анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз выявлен у 27,4% подростков, а лейкопения (менее  $5,0 \times 10^9/\text{л}$ ) — у 6,5%. Высокие показатели СОЭ и С-реактивного белка в плазме крови отмечены в 60,3% и 64,5% случаев соответственно. В 17,7% выявлен атипичный возбудитель пневмонии — *Mycoplasma pneumoniae* (положительные АТ класса IgM), а в 14,5% — вирус гриппа А (H1N1). Из осложнений пневмонии выявлен только левосторонний синпневмонический плеврит — у 6,5% подростков. При поступлении назначалась антибактериальная терапия (цефалоспорины II–III поколения). При выявлении микоплазменной инфекции назначался азитромицин. При подтверждении вирусной инфекции (грипп А) назначался осельтамивир.

**Заключение.** Таким образом, среди подростков с внебольничной пневмонией преобладали мальчики в возрасте 10–13 лет. Преимущественно выявлялись правосторонние и очаговые пневмонии. Из атипичных возбудителей пневмонии выявлена *Mycoplasma pneumoniae*, а из вирусных — вирус гриппа А (H1N1). На фоне проводимой терапии у всех подростков отмечена стойкая положительная динамика.

## ЗНАЧИМОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОРФАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Бухарина К.А., Крымская О.С., Фалина О.А.

ГАУЗ ТО Городская поликлиника № 5, Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** Гликогенозы — группа наследственных заболеваний, вызванных недостаточностью одного или нескольких ферментов, вовлеченных в синтез и распад гликогена, и характеризующихся накоплением патологических количеств или типов гликогена в тканях. Симптоматика возникает вследствие накопления гликогена или его промежуточных метаболитов либо из-за недостатка конечных продуктов распада гликогена, особенно глюкозы. Различия в степени тяжести и возрасте начала клинических проявлений вызваны вовлечением различных изоферментов или других компонентов поврежденных ферментных систем. Частота всех форм болезней накопления гликогена — 1 : 40 000 населения. Несмотря на значительный прогресс в диагностике, в нашей стране заболеваемость гликогеновой болезнью остается достаточно низкой.

**Цель исследования.** Описание клинического случая ранней диагностики гликогеновой болезни.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ клинической истории болезни ребенка с диагнозом: «Гликогеновая болезнь, тип 9, печеночная форма».

**Результаты.** Ребенок от 2-й беременности, 1-х самостоятельных родов в сроке 38,3 нед. 1-я беременность замершая. Вес при рождении — 3662 г, длина 54 см. Оценка по шкале APGAR — 7/8 баллов. Адаптационный период протекал без особенностей. Выписан из родильного дома в возрасте 3 дней с диагнозом: «Новорожденный 38,3 нед, транзиторная желтуха, риск по внезапной младенческой смерти 0 баллов». В возрасте 1 мес осмотрен педиатром, диагноз: «Затяжная желтуха новорожденного». Выполнены биохимический анализ крови — повышение общего билирубина (33,1 мкмоль/л) за счет прямой фракции (5,53 мкмоль/л), ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 14.01.2021 — без патологии. Вакцинация проведена согласно национальному календарю прививок. Генетологический анамнез: двоюродный брат по материнской линии — установлен диагноз «гликогеновая болезнь, IX тип», мама и родная тетя по линии матери — носители гетерозиготной X-сцепленной мутации в гене РНКА2. В январе 2021 г. ребенку было проведено молекулярно-генетическое исследование методом прямого автоматического секвенирования, был исследован ген РНКА2, обнаружена нуклеотидная замена chrX:18959756P>A в гемизиготном состоянии. Консультирован генетиком, заключение: «E74.0 Гликогеноз, мутация в X-хромосоме, гемизиготная». Ребенок дистанционно консультирован ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, даны рекомендации о грудном вскармливании, динамическом наблюдении за биохимическими показателями крови. В июне 2021 г. был госпитализирован в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России с диагнозом: «Гликогеновая болезнь. Печеночная форма». Ребенок на диспансерном учете у педиатра, гастроэнтеролога амбулаторно. С возраста двух мес систематически выполняется ультразвуковое исследование органов брюшной полости на предмет изменений паренхимы печени, размеров; сдается биохимический анализ крови, контролируется уровень глюкозы, билирубина, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, липидограммы, коагулограммы — имеет место стойкое отклонение от нормы показателей. Июнь 2021 г.: холестерин — 6 ммоль/л (повышение), ЛПНП — 4,3 ммоль/л (повышение), АСТ — 75 ед/л (повышение). В августе 2021 г.: АСТ — 62,4 ед/л (повышение), железо — 5,1 мкмоль/л (снижение). В октябре 2021 г.: гемоглобин — 109 г/л (снижение), ПТИ — 130% (повышение), триглицериды — 2,81 ммоль/л (повышение), ОЖСС — 57,2 мкмоль/л (повышение); ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 13.09.2021 — эхо-признаки гепатомегалии. Диффузные изменения печени. За период наблюдения эпизодов гипогликемии не зафиксировано. Физическое и психическое развитие ребенка в эпикризные сроки соответствует возрасту. По настоящий момент получает грудное молоко. В июне 2021 г. в плановом порядке ребенок был госпитализирован в Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, где проведен ряд обследований в рамках диагностики и динамического наблюдения течения заболевания: ультразвуковое исследование органов брюшной полости — диффузные паренхиматозные изменения печени, признаки перипортальной реакции печени; фиброэластография — отсутствие фиброза печени; трехсуточный мониторинг гликемии — эпизодов гипогликемии не отмечается; биохимическое исследование крови: АЛТ — 44,4 ед/л (повышение), АСТ — 80 ед/л (повышение), холестерин — 5,9 ммоль/л (повышение) — минимальный синдром цитолиза; коагулограмма: АЧТВ — 31,5 с (повышение), ПТВ — 23,5 с (повышение), МНО — 1,75 (повышение), консультирован диетологом (даны рекомендации по питанию), по окончании выставлен диагноз: «Гликогеновая болезнь, тип 9, печеночная форма». Рекомендовано: прием урсодезоксихолевой кислоты (суспензия) 250 мг/5 мл по 2,75 мл 1 раз в сутки, длительно (15 мг/кг/сут).

Следующая плановая явка запланирована на январь 2022 г. На постоянной основе ребенок принимает урсодезоксихолевую кислоту (суспензия) 250 мг/5 мл по 2,75 мл 1 раз в сутки, длительно (15 мг/кг/сут).

**Заключение.** В данном случае ранняя диагностика гликогеноза имеет большое значения для прогноза и дальнейшей тактики ведения ребенка. Важно определить тип наследственной патологии для прогноза тяжести течения заболевания. Немаловажным является также дальнейший антенатальный прогноз по рождению последующих детей в семье с данной патологией.

## ПЕРВИЧНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Вавилина А.И.<sup>1</sup>, Юрьян Е.А.<sup>1</sup>, Кузьмина О.А.<sup>1</sup>, Мячин Н.Л.<sup>2</sup>, Щербина В.А.<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

**Актуальность.** В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями детского населения второе место после гемобластозов (30–40%) занимают новообразования головного мозга и других отделов нервной системы, удельный вес которых среди всех опухолей составляет 15–17% и среди солидных опухолей около 30%.

**Цель исследования.** Изучить частоту встречаемости и структуру первичных новообразований головного мозга и других отделов нервной системы за период 2019–2021 гг.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации (форма № 003/у) 80 пациентов, находящихся на нейрохирургическом лечении в травматологическом отделении ГБУЗ РК «Детская республиканская больница» г. Петрозаводска в период 2019–2021 гг. по поводу первичных новообразований головного мозга и других отделов нервной системы.

**Результаты.** За период 2019–2021 гг. в травматологическом отделении находились 11 детей с впервые выявленными образованиями нервной системы. Распределение по годам: 2019 г. — 1 ребенок, 2020 г. — 3 детей, 2021 г. — 7 детей. Таким образом, в 2021 г. отмечается значительное увеличение новообразований — в 2 раза по сравнению с предыдущими годами. Возрастная структура пациентов выглядела следующим образом: 2019 г. — 6 лет, 2020 г. — 8–16 лет, 2021 г. — 5 мес – 13 лет, что свидетельствует о возникновении новообразований нервной системы в любом возрастном периоде детства. Гендерный анализ показал наиболее частую встречаемость среди мальчиков — 7 человек по сравнению с 4 девочками. Полученные данные не отличаются от общероссийских и мировых данных. Нозологическая структура была представлена следующими патологиями: в 2019 г. — медуллобластома высокой степени злокачественности (grade IV — G IV), 2020 г. — папиллярная глионейрональная опухоль (G I), саркома Юинга с поражением третьего шейного позвонка (G IV) у ребенка 13 лет и доброкачественное образование — эмбриопластическая нейроэпителиальная опухоль. В 2021 г. в 2 случаях (5 мес и 9 лет) верифицирована медуллобластома (G IV), у 3 детей (7, 10, 13 лет) — пилоидная астроцитома (низкой степени злокачественности (G I) — у 1 ребенка и у 2 детей — высокой (G IV)). 1 ребенок 7 лет имел глиому ствола мозга (G IV) и 1 ребенок — ганглиому (G I). Таким образом, наиболее часто встречались медуллобластома (3 ребенка) и пилоидная астроцитома (3 ребенка). В клинике у всех детей наблюдалась общемозговая и глазодвигательная симптоматика, при локализации в задней черепной ямке дополнительно был атактический синдром. Основным методом лечения большинства детских опухолей головного мозга является хирургическая операция. Критерием выбора при G I является тотальное удаление образования. Всем детям проведено нейрохирургическое лечение. Дети с новообразованиями высокой степени злокачественности дополнительно прошли курсы лекарственной противоопухолевой и лучевой терапии.

**Заключение.** Объемные образования головного мозга у детей диагностируются все чаще. Динамическое наблюдение за состоянием здоровья ребенка и настороженность со стороны педиатров, детских неврологов, а также родителей позволяет выявить болезнь на ранних стадиях, поскольку опухоли головного мозга у детей в большинстве случаев проявляются разного рода неврологическими нарушениями.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НОСОГЛОТКИ

Вавилова В.П.<sup>1</sup>, Вавилов А.М.<sup>1</sup>, Черкаева А.Х.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, Кемерово, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГСУВОУ «Губернаторская специальная общеобразовательная школа», Кемерово, Российская Федерация

**Актуальность.** Хроническое воспаление лимфоидного кольца отмечается более чем у 70% детей дошкольного возраста, хронические аденоидиты — у 50–75% детей всех возрастных групп. Данные категории детей подвержены высокому риску развития частых инфекций верхних и нижних отделов дыхательных путей.

**Цель исследования.** Изучены показатели местного иммунитета носоглотки в параллельных группах условно здоровых (УЗД) и часто болеющих детей (ЧБД).

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось в период с 2017 по 2020 г. Было сформировано две группы наблюдения. Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту, условиям пребывания, гигиенической характеристике. Группу сравнения составили 268 УЗД. Распределение по полу составило: мальчиков — 256 (49,7%), девочек — 259 (50,3%). Всем детям проводилась оценка клиничко-функционально-лабораторного статуса. Дополнительно проведен мониторинг показателей местного иммунитета и факторов неспецифической резистентности.

**Результаты.** В результате проведенного комплексного клинического, лабораторного и функционального исследования установлено, что у ЧБД ХВЗН имели место в 100% случаев. В структуре патологии ЛОР-органов преобладали хронические аденоидиты с ГГМ I–II степени (57,4%), хронические тонзиллиты (11,8%), рецидивирующие средние отиты (14,4%), сочетанные очаги хронической носоглоточной инфекции (16,4%). В структуре заболеваний органов дыхания и патологии ЛОР-органов встречались пневмонии (4,2%), острые бронхиты (10,3%), ОСО (20,1%). 30,6% детей имели отклонения в физическом развитии. Удельный вес детей с III группой здоровья составил 68,5%.

При сравнении факторов местного иммунитета детей с ХВЗН с группой УЗД достоверно отмечалось угнетение показателей местных и неспецифических факторов защиты: снижение концентрации sIgA ( $0,13 \pm 0,07$  г/л против  $0,24 \pm 0,21$  г/л УЗД,  $p_{1-2} = 0,001$ ) и ферментной активности лизоцима ( $52,1 \pm 14,21\%$  против  $65 \pm 19,45\%$  УЗД,  $p_{1-2} = 0,0004$ ). К окончанию исследования и в течение года показатели уровня sIgA ( $0,12 \pm 0,07$  г/л,  $p_{1-2} = 0,0004$ ) и активности лизоцима ( $50,9 \pm 16,62\%$ ,  $p_{1-2} = 0,0002$ ) в назальном секрете у детей группы контроля оставались минимальными и отличались от данных значений в группе УЗД.

**Заключение.** Частые повторные ОРИ, хронические бактериальные инфекции у детей изменяют иммунологическую реактивность, в основе которой лежат многочисленные механизмы. Доказано, что клиническая картина воспалительного процесса в носоглотке в значительной степени определяется состоянием системного иммунитета. В настоящее время убедительно аргументирована концепция, согласно которой состояние системного иммунитета, местного иммунитета респираторного тракта и реакций неспецифической резистентности определяют течение и исход ХВЗ в носоглотке любой этиологии.

## ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РОССИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

**Ваганов Н.Н.**

*РМАНПО Минздрава России, Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Здравоохранение и педиатрическая служба страны подверглись серьезным испытаниям в период пандемии COVID-19: распространение инфекции имело взрывной характер, не было вакцины, стационары не справлялись с потоком нуждающихся в экстренной госпитализации.

**Цель исследования.** Изучение объемов медицинской помощи детям на основных этапах ее оказания в период пандемии COVID-19.

**Пациенты и методы.** По разработанной нами программе проведен статистический анализ данных официальных отчетных форм медицинских организаций и Минздрава России за 2020 г.

**Результаты.** Резко сократились объемы профилактической работы в амбулаторном звене: показатель охвата профилактическими осмотрами детей в 2020 г. составил 68,6% при 95–96% в предыдущие годы, на 23% сократилось число посещений детей к врачам. Существенно сократились объемы стационарной помощи детям: на 1,6 млн уменьшилось число детей, лечившихся в больницах, на 21% меньше госпитализировано детей 1-го года жизни. На 25% выросла больничная летальность среди детей 0–17 лет и на 12% — среди детей до 1 года. На 36,7% сократились объемы оказания скорой медицинской помощи детям общепрофильными педиатрическими бригадами и на 19% — специализированными педиатрическими бригадами. 32 детские больницы в субъектах Российской Федерации оказывали стационарную помощь пациентам с COVID-19. В них было развернуто 1614 коек, госпитализированы 20 тыс. пациентов, 73% среди госпитализированных — взрослые.

**Заключение.** Несмотря на сложные условия работы медицинских организаций и серьезные испытания, выпавшие на педиатрическую службу в период пандемии, удалось не допустить роста младенческой смертности, смертности детей в возрасте 0–4 лет и 0–17 лет.



## НЕПРЕРЫВНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ГЛЮКОЗЫ КАК СПОСОБ МОТИВАЦИИ К КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА

Варламова Т.В.<sup>1, 2</sup>, Хомякова Е.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ «Детская республиканская больница», Петрозаводск, Российская Федерация

**Актуальность.** Одним из важных показателей компенсации сахарного диабета 1-го типа (СД 1) у детей является время нахождения в целевом диапазоне гликемии. Оценка данного параметра возможна только при проведении непрерывного мониторинга глюкозы (НМГ).

**Цель исследования.** Оценить эффективность применения НМГ (флеш-мониторирование глюкозы) у детей с СД 1.

**Пациенты и методы.** Группу исследования составили 23 ребенка с СД 1 (13 девочек, 10 мальчиков), средний возраст —  $9,1 \pm 2,8$  года, находящиеся на НМГ на протяжении непрерывно 3 мес и более.

**Результаты.** Все дети и родители оценили психологический комфорт, так как частота проколов пальцев для оценки гликемии по глюкометру снизилась с 6–10 раз до 3 раз в сутки, и имелась возможность мониторинга гликемии в ночные часы без пробуждения ребенка. В динамике отмечено снижение показателей гликированного гемоглобина (HbA1c). При этом установлено, что чем выше был HbA1c до начала перевода на НМГ, тем более эффективна была нормализация HbA1c. Достигли целевого уровня HbA1c 82,6% детей. С помощью НМГ были выявлены постпрандиальные гипергликемии у 61% детей, что не выявлялось с помощью глюкометра, так как для этого требовались частые проколы кожи — более 6 раз в сутки. В целевом диапазоне гликемии (3,9–10 ммоль/л) на фоне НМГ дети находились 65–78% времени суток, отмечено снижение частоты гипогликемий (глюкоза крови — 3,0–3,9 ммоль/л) до 1–3 раз в неделю. Гипогликемии (глюкоза крови — 3,0 ммоль/л и менее) не фиксировались. Родители отметили лучшую возможность коррекции гликемии при применении НМГ. Дети, занимающиеся спортом, указали на уменьшение страха и боязни гипогликемических состояний на фоне физической активности.

**Заключение.** Таким образом, применения НМГ при СД 1 у детей имеет огромное значение для повышения мотивации к контролю глюкозы крови наименее инвазивными методами и снижения риска развития острых и хронических осложнений диабета. Преимуществами НМГ являются улучшение и нормализация HbA1c, снижение частоты гипогликемии, снижение вариабельности гликемии в течение суток, увеличение времени в целевом диапазоне.

## ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Вешкурцева И.М.<sup>1,2</sup>, Кузнецова Н.Е.<sup>1,2</sup>, Извин А.И.<sup>1</sup>, Пономарева М.Н.<sup>1</sup>,  
Баринев А.Л.<sup>2</sup>, Кузнецова Т.Б.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

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

**Актуальность.** Острый гнойный средний отит (ОГСО) у детей — одна из причин назначения противомикробных препаратов. Основные возбудители ОГСО — *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*. Нерациональное использование антибиотиков, которое усугубилось в период SARS-CoV-2-инфекции, существенно влияет на этиологическую структуру ОГСО.

**Цель исследования.** Изучить микробный пейзаж при ОГСО у детей, получающих специализированную помощь в детском оториноларингологическом отделении ГБУЗ ТО ОКБ № 2 г. Тюмени.

**Пациенты и методы.** Проанализированы результаты микробиологического исследования материала из среднего уха ( $n = 281$ ), полученного при хирургическом вмешательстве, при ОГСО у детей за период 2020–2021 гг.

**Результаты.** Анализ микробиологического исследования выявил 22,1% положительных результатов. Среди выделенной микрофлоры нетипичные для ОГСО были выделены в 72,6% случаев. Из них неферментирующие грамотрицательные бактерии (*P. aeruginosa*, *A. baumannii*), более характерные для госпитальных инфекций, были выявлены в 19,4% случаев. В 44,4% случаев выделенные штаммы *P. aeruginosa* были устойчивы к антисинегнойным цефалоспорином. В 19,4% случаев причиной ОГСО явились грибы, из них в 58,3% — грибы рода *Aspergillus* spp., природно устойчивые к флуконазолу. В 11,3% случаев этиологически значимыми явились нехарактерные для данного локуса представители порядка *Enterobacteriales* (*Serratia* spp., *Enterobacter* spp., *Kl. pneumoniae*, *Citrobacter* spp.). Более чем в половине случаев (57,1%) выделенные штаммы *Enterobacteriales* были резистентны к ингибиторзащищенным аминопенициллинам, в 28,6% — к цефалоспорином 3–4-й генерации, в том числе и ингибиторзащищенным (цефоперазон/сульбактам). В каждом 10-м случае (11,3%) высевались *E. durans*. Все выделенные штаммы характеризовались хорошей чувствительностью к титруемым антибиотикам.

**Заключение.** Микробный пейзаж при ОГСО у детей в современных условиях характеризуется не только выраженным полиморфизмом, но и устойчивостью к наиболее назначаемым в педиатрии антибактериальным средствам.

## **ВЛИЯНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА МАТЕРИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОМОТОРНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА**

**Виноградова Т.В., Касаткин Д.С.**

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

**Актуальность.** Дети, рожденные от матерей с рассеянным склерозом (РС), представляют существенный интерес, так как их внутриутробное развитие может подвергаться воздействию со стороны неполноценной иммунной системы матери и патогенетической терапии РС.

**Цель исследования.** Изучить влияние РС матери, а также патогенетической терапии 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. 46 детей от матерей с РС были разделены на 3 группы: 1) дети от матерей, не получавших патогенетическую терапию во время беременности ( $n = 16$ ); 2) дети от матерей, получавших интерфероны ( $n = 16$ ); 3) дети от матерей, получавших глатирамера ацетат ( $n = 12$ ). Контрольная группа — 46 детей, рожденные от здоровых матерей. Психомоторное развитие оценивалось по рекомендованной ВОЗ шкале моторного развития (WHO Six Milestones).

**Результаты.** Срок освоения навыка сидения без опоры в контрольной группе — 6,7 мес, сопоставимо с группами 2 и 3 — 6,5 и 6,7, но достоверно раньше ( $p = 0,019$ ), чем в группе 1 — 7,3. Срок формирования навыка прямохождения достоверно позже ( $p = 0,002$ ) в группе 1 — 11,1 мес, чем в группе контроля — 10,2; в группе 2 — 10,4, в группе 3 — 9,8. Срок появления навыка самостоятельной ходьбы в группе контроля — 11,7 мес, в группе 1 — 12,9, что достоверно позже ( $p = 0,002$ ), в группе 2 — 11,9, в группе 3 — 11,3. Сроки освоения навыков ползания и стояния с опорой в группах достоверно не различались ( $p = 0,362$ ,  $p = 0,216$ ). В оценке дальнейшего прогноза интеллектуального развития ребенка играет важное значение показатель «стояние-ходьба», в группе всех детей от матерей с РС данный показатель составил 41,1, что было достоверно больше ( $p = 0,037$ ), чем в группе контроля — 39,9. Также определялись речевые навыки ребенка. Сроки возникновения простейших речевых навыков (гуление и лепет) в группах достоверно не различались. Словарный запас детей к возрасту 12 мес был достоверно меньше ( $p = 0,002$ ) в группе 2 — 1,3 слова по сравнению с контролем — 4,4, группой 1 — 4,0 и группой 3 — 4,4.

**Заключение.** Установлены достоверные различия детей от пациенток с РС от группы контроля по срокам освоения навыков стояния и ходьбы, установлено наличие лучших моторных показателей у детей от пациенток, получавших патогенетическую терапию. Заболевание матери, а также патогенетическая терапия, получаемая до и во время беременности, значимо влияют на психомоторное развитие ребенка первого года жизни. Данный факт должен учитываться при наблюдении детей, необходимо внедрение специальных упражнений, направленных на стимулирование двигательных и речевых навыков.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Власенко Н.Ю.<sup>1</sup>, Демдоуми Н.Ю.<sup>2</sup>, Павлинова Е.Б.<sup>1</sup>, Шевченко С.А.<sup>1</sup>, Битаутене А.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Омск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Детский медицинский центр «До 16-ти», Омск, Российская Федерация

**Актуальность.** На территории Российской Федерации высокая частота встречаемости дефицита и недостаточности витамина D. Витамин D участвует в регуляции многих важных физиологических функций, его дефицит имеет негативные последствия и лежит в основе ряда патологических состояний и заболеваний.

**Цель исследования.** Оценить обеспеченность витамином D детей в Омской области.

**Пациенты и методы.** Исследование проведено на базе крупного детского медицинского центра «До 16-ти» г. Омска. В группу вошли 497 детей от 1 года до 17 лет — жителей города и области. Среди обследованных были здоровые дети (191 человек) и дети с различными заболеваниями. Уровень холекальциферола (25(OH)D) определялся на анализаторе ADVIA Cenatur XP, оценка обеспеченности — согласно критериям Национальной программы по недостаточности витамина D у детей и подростков Российской Федерации (2018, 2021 гг.).

**Результаты.** Средний уровень 25(OH)D у детей составил 27,2 [7,0; 90,1] нг/мл. Дефицит витамина D обнаружен в 45,5% случаев. Нормальная обеспеченность выявлена у 33,3% больных, недостаточность — у 21,2%. Дефицит витамина D у здоровых детей был выявлен в 48,6% случаев, в возрасте 9 и 13 лет достоверно чаще встречались показатели витамина D ниже 10 нг/мл. Нормальная обеспеченность выявлена у 31,4% и недостаточность — у 20,3% обследованных пациентов.

Обследование на уровень витамина D назначали пациентам с аллергическими заболеваниями и детям с ОРВИ (при этом более 50% из них имели нормальный уровень обеспеченности), девочкам-подросткам с нарушением менструального цикла (по результатам обследования в 87% случаев определялся дефицит витамина D), а также пациентам с нарушениями питания. При этом независимо от степени ожирения 50% пациентов имели дефицит витамина D, оптимальный уровень выявлен только в 15%. Среди пациентов, наблюдающихся в клинике с заболеваниями щитовидной железы, 50% имели недостаточный уровень витамина D.

**Заключение.** Среди обследованных детей Омской области, недостаточность и дефицит витамина D выявлены в 66,7%. Нормальная обеспеченность витамином D среди здоровых детей такая же, как в популяции. У детей из групп риска (ожирение, аллергические заболевания, нарушение менструального цикла) дефицит витамина D составляет от 70 до 90%. Учитывая недостаточную обеспеченность витамином D, необходимо определять его уровень и проводить коррекцию, особенно детям из групп риска.

## ОСОБЕННОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ФЕРМЕНТОТЕРАПИИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Водовозова Э.В., Леденева Л.Н., Григорьянц И.С.

*Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь, Российская Федерация*

**Актуальность.** Муковисцидоз входит в число наиболее частых наследственных заболеваний. Определяющими для жизни больного являются характер и степень поражения не только легких, но и системы пищеварения, прежде всего поджелудочной железы.

**Цель исследования.** Подобрать и скорректировать индивидуальную дозу минимикросферических ферментов с помощью ведения пищевого дневника.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 29 детей с поражением экзокринной функции поджелудочной железы при муковисцидозе с 2012 по 2018 г. Проводились расчет, коррекция и перераспределение дозы ферментов в сутки при каждом приеме пищи согласно данным пищевого дневника. Всем пациентам проводился анализ кала на панкреатическую эластазу с целью контроля изменений.

**Результаты.** В среднем дети получали на завтрак  $48,0 \pm 5,0$ , на обед —  $85,9 \pm 6,9$ , на полдник —  $30,0 \pm 7,1$ , на ужин —  $52,0 \pm 4,8$  и на перекус —  $19,0 \pm 0,9$  г жира, что соответствовало следующей дозе капсул панкреатина 10 000. В среднем детям на завтрак требовалось  $4,9 \pm 0,5$  капсулы панкреатина 10 000, на обед —  $8,8 \pm 0,7$ , на полдник —  $3,0 \pm 0,7$ , на ужин —  $5,3 \pm 0,5$ , при перекусе хватало  $1,9 \pm 0,3$  капсулы минимикросферических ферментов. Таким образом, в Ставропольском крае дети, страдающие муковисцидозом с панкреатической недостаточностью, в сутки в среднем употребляют с пищей 234 г жира и принимают в среднем 24 капсулы панкреатина 10 000.

**Заключение.** Назначенные дозы панкреатина 10 000 позволили скорректировать экзокринную недостаточность поджелудочной железы у 24 детей (82,7%) Ставропольского края, страдающих муковисцидозом, что подтверждалось увеличением уровня эластазы кала, а у 5 детей (17,2%) входением ее в пределы физиологической зоны. Ферментная терапия, являясь одной из главных составляющих лечения муковисцидоза, при правильно подобранной дозе заместительной ферментотерапии существенно уменьшает риск осложнений и проводит коррекцию экзокринной недостаточности поджелудочной железы.



## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИДЕНТИФИЦИРОВАННОГО COVID-19 У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Водовозова Э.В., Леденева Л.Н., Пустабаева М.С., Товкань Е.А.,  
Захарова Е.Ю., Бутова В.В.

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Ставрополь, Российская Федерация  
ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница», Ставрополь,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** К респираторным инфекциям особенно восприимчивы новорожденные, вероятно, в результате неадекватной реакции иммунной системы, поэтому данная группа детей особенно уязвима к инфекции SARS-CoV-2, и их лечение сопряжено с уникальными проблемами.

**Цель исследования.** Изучить особенности течения COVID-19 у новорожденных Ставропольского края с контактным путем передачи.

**Пациенты и методы.** Проспективно проанализировано 35 случаев новой коронавирусной инфекции, подтвержденных методом ПЦР обратной транскрипцией РНК SARS-CoV-2 у новорожденных детей за период 4 мес 2021 г. Дети поступали из дома или по направлению педиатра согласно плану маршрутизации для лечения новорожденных с COVID-19 в инфекционное отделение новорожденных с новой коронавирусной инфекцией в ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница».

**Результаты.** Выявлено, что в стационар из дома или по направлению районной больницы в день выявления ПЦР к SARS-CoV-2 новорожденные поступали в среднем на 17-й день жизни (от 7-го дня по 28-й день) и на 4–6-е сут от заболевания первого из членов окружения новорожденного. Течение болезни у ребенка чаще начиналось с подъема температуры до фебрильных цифр, диспепсических проявлений, реже — ринореи, отказа от питания. У 28 (80,0%) детей со среднетяжелым и тяжелым течением болезни выявлена пневмония, подтвержденная на рентгенограмме органов грудной полости и/или при компьютерной томографии легких. У 7 (20,0%) новорожденных течение заболевания расценивалось как легкое с изолированными назофарингеальными проявлениями и гипертермией без пневмонии, отрицательным С-реактивным белком, но с повышением ферритина, лактатдегидрогеназы, лимфоцитозом и лейкопенией. У 2 (5,7%) детей развилась критическая форма COVID-19 с прогрессирующим мультисистемным воспалительным синдромом. Выздоровление наступало от 9-х до 28-х сут жизни в зависимости от тяжести заболевания.

**Заключение.** Таким образом, полученные данные свидетельствуют о возможном тяжелом течении COVID-19 у новорожденных Ставропольского края с воздействием вируса на отделенные системы организма ребенка на фоне неонатальной адаптации, что является отягощающим фоном в течение данной вирусной инфекции.



## ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ В НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД, ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Войцеховская Т.О., Милованова К.Г., Черняховская Д.В., Иванова П.О., Желев В.А.

*ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Инфекция COVID-19 представляет серьезную проблему. Процент инфицирования новорожденных составляет 4% по РФ. По данным реестра США 12% — недоношенные, что выше среднего показателя по стране. Поэтому необходимо исследовать новорожденных, чтобы определить дальнейшую тактику их ведения.

**Цель исследования.** Изучить особенности параклинических показателей у новорожденных от матерей, перенесших COVID-19 во время беременности в неонатальный период.

**Пациенты и методы.** Представлен анализ историй болезни 30 детей. В качестве основной группы выступали новорожденные от матерей с подтвержденным COVID-19 (срок беременности во время инфицирования 38–41 нед.), группу сравнения составили новорожденные от матерей с признаками ОРВИ. Приведены данные комплексной оценки и осмотра специалистами, результаты лабораторных и инструментальных исследований. Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета программы SPSS Statistics.

**Результаты.** По результатам исследования установлено, что статистически значимых различий комплексной оценки детей в группах обследуемых детей выявлено не было. Однако можно отметить, что прослеживается тенденция увеличения числа отклонений в физическом развитии новорожденных в основной группе.

При анализе данных осмотров специалистов было выявлено статистически значимое различие на уровне значимости  $p < 0,05$ , хи-квадрат = 3,95. В группе детей, контактных по COVID-19, неврологические расстройства встречались чаще, чем в группе сравнения.

По результатам ОАК выявлены статистически значимые различия: объем тромбоцитов на 1-е сут жизни в основной группе был  $9,41 \pm 0,84$ , во 2-й группе —  $10,36 \pm 0,83$  ( $p < 0,05$ ,  $U = 2,33$ ), распределение тромбоцитов по объему на 7-е сут в основной группе —  $13,81 \pm 4,32$ , во 2-й —  $11,18 \pm 0,43$  ( $p < 0,05$ ,  $U = 7,11$ ), средний объем тромбоцитов на 7-е сут в основной группе —  $11,31 \pm 1,14$ , во второй —  $10,23 \pm 0,34$  ( $p < 0,05$ ,  $U = 6$ ), коэффициент больших тромбоцитов на 7-е сут в 1-й группе —  $30,81 \pm 3,81$ , в группе сравнения —  $25,88 \pm 2,24$  ( $p < 0,05$ ,  $U = 5$ ), незрелые гранулоциты на 7-е сут в 1-й группе —  $2,06 \pm 1,15$ , во 2-й группе —  $0,98 \pm 0,92$  ( $p < 0,05$ ,  $U = 7,5$ ). В группе контактных детей наблюдается тенденция к преобладанию лейкоцитоза на 1-е сут жизни.

**Заключение.** Все обследуемые новорожденные имели отрицательный ПЦР на COVID-19. В ОАК существенно отличались показатели тромбоцитов в основной группе детей, выявлена тромбоцитопатия, которая характеризовалась увеличением форм тромбоцитов. Можно предположить, что увеличение незрелых гранулоцитов у новорожденных основной группы обусловлено иммунологической реакцией на инфицирование матери COVID-19. Необходимы дальнейшие исследования системы тромбоцитарного гемостаза, иммунитета таких детей.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТОКСОКАРОЗА У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Волгина С.Я., Ахмадеева А.А., Хаялутдинова Л.Р., Гилмуллина Ф.С.

*Казанский государственный медицинский университет, Казань,  
Республика Татарстан, Российская Федерация*

**Актуальность.** Паразитарные заболевания имеют высокую распространенность среди детей и подростков. По данным Роспотребнадзора, в 2020 г. в России были зарегистрированы 353 случая токсокароза у детей до 17 лет. Наибольший риск заражения имеют дети, страдающие гео-/копрофагией.

**Цель исследования.** Изучение клинических проявлений и своевременности диагностики токсокароза у детей в современных условиях.

**Пациенты и методы.** Ретроспективный анализ амбулаторных карт 38 детей до 15 лет. Для статистического анализа пациенты распределены на 2 группы: от 1 до 6 лет (25 человек) и от 7 до 15 лет (13 человек). Диагноз токсокароза был установлен на основании жалоб, данных эпидемиологического анамнеза, клинических характеристик, диагностических титров антител класса IgG к возбудителям токсокароза. Для исключения перекрестных реакций проводилось копрологическое обследование. При обработке данных использовался критерий Стьюдента ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** У 56,0% детей первой группы наблюдались аллергические маски (острая крапивница, аллергический ринит и конъюнктивит, атопический дерматит, бронхиальная астма), во второй группе в 53,8% — респираторные проявления: частые ОРИ, рецидивирующие бронхиты с затяжным кашлем. В обеих группах определялось поражение ЖКТ (46,2%), что сопровождалось нарушением аппетита, абдоминальными болями, диспептическими нарушениями. У 42,1% детей преобладали синдромы астении и интоксикации, у 7,9% обследуемых наблюдались поражение глаз и клиника ревматических заболеваний (полиартриты, перемежающиеся артралгии). Бессимптомное течение регистрировалось у 5,3% обследуемых. Анемия (40,0%) и эозинофилия (88,0%) достоверно чаще регистрировались у детей от 1 до 6 лет. Средние абсолютные показатели эозинофилии составляли  $3300 \pm 2800$  кл/мм<sup>3</sup>. Гипергаммаглобулинемия E (87–684 МЕ/мл) наблюдалась только в 15,8% случаев у детей первой группы. Многие пациенты прошли длинный диагностический путь до постановки окончательного диагноза: в 16,0% случаев проводилась костномозговая пункция, 15,8% детей неоднократно принимали антибактериальные и антигистаминные препараты без выраженного эффекта. Сроки постановки корректного диагноза варьировали от 6 до 8 мес.

**Заключение.** Среди врачей отсутствует настороженность относительно инвазии детей токсокарами. Дети подвергаются неоправданному риску при проведении диагностических процедур и получают неэффективное лечение. При диагностике следует учитывать многообразие клинических масок при отсутствии характерных патогномоничных симптомов заболевания. Знание эпидемиологии, особенностей диагностики и клинических проявлений токсокароза у детей позволит врачам-педиатрам назначать адекватную своевременную терапию.

## ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Волкова М.О., Жердев К.В.

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

**Актуальность.** Сгибательные контрактуры коленных суставов (СККС) на фоне ДЦП приводят к болево-му синдрому, компенсаторным деформациям, регрессу двигательных навыков. Высокий риск осложнений хирургического лечения свидетельствует о необходимости развития мини-инвазивных технологий.

**Цель исследования.** Усовершенствовать тактику оперативного лечения детей со сгибательными контрактурами коленных суставов на фоне детского церебрального паралича.

**Пациенты и методы.** В группе ПГ (20 детей, 37 коленных суставов (КС)) проведен передний гемиепифизиодез (ПГ) бедренной кости. В группе СГ (40 детей, 75 КС) проведено удлинение сгибателей голени (СГ). В группе ПГ определен задний дистальный бедренный угол (ЗДБУ), образуемый анатомической осью бедра и суставной линией. По динамике ЗДБУ до и после лечения определена скорость коррекции, доля мягкотканного (за счет реабилитации) и костного компонентов коррекции. Определены взаимосвязь дефицита разгибания и результата коррекции, тактика лечения.

**Результаты.** Результат коррекции методом ПГ не зависит от дефицита разгибания до операции ( $r = 0,27$ ,  $p = 0,1$ ) — в отличие от метода удлинения сгибателей голени ( $r = -0,95$ ,  $p < 0,05$ ). Так как в группе ПГ средняя доля коррекции за счет мягкотканного компонента составила 27%, в первую очередь следует использовать методы воздействия на сгибатели голени. При положительном хамстринг-тесте показано удлинение сгибателей голени. После выполнения сухожильно-мышечной пластики в случае остаточного дефицита разгибания до  $10^\circ$  (более  $10^\circ$  — риск нейропатии седалищного нерва) проводится этапное гипсование. Детям с открытыми зонами роста и дефицитом разгибания от  $10^\circ$  до  $15^\circ$  рекомендуется проводить ПГ без этапного гипсования, поскольку деформация небольшого объема будет корригироваться в среднем за 7 мес (средняя скорость коррекции —  $1^\circ/\text{мес}$ ). При дефиците разгибания более  $15^\circ$  рекомендуется ПГ в сочетании с этапным гипсованием. Пациентам с закрытыми зонами роста при неэффективности удлинения сгибателей голени показано проведение заднего артролиза КС с этапным гипсованием. Если сохраняется дефицит разгибания более  $10^\circ$ , то показана корригирующая остеотомия бедренной кости в сочетании с низведением надколенника.

**Заключение.** Выбор метода оперативного лечения СККС на фоне ДЦП определяется выраженностью дефицита разгибания, степенью укорочения сгибателей голени, наличием артрогенной контрактуры, продолжающегося роста скелета. Планировать передний гемиепифизиодез стоит после удлинения сгибателей голени с учетом скорости костной коррекции  $1^\circ/\text{мес}$ .

## ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Воробьева Е.А., Филькина О.М., Долотова Н.В., Малышкина А.И.

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

**Актуальность.** Для объективной оценки влияния различных вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе метода переноса эмбрионов, на здоровье новорожденных необходимо проведение комплексных исследований с дальнейшим сопоставлением полученных результатов.

**Цель исследования.** Сравнить средние антропометрические показатели детей, родившихся от одноплодной беременности после переноса криоконсервированных эмбрионов и нативных эмбрионов, в зависимости от срока гестации.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 153 новорожденных, родившихся от одноплодной беременности после переноса криоконсервированных эмбрионов (ПКЭ), и 160 новорожденных, родившихся от одноплодной беременности после переноса нативных эмбрионов (ПНЭ). Масса тела, длина тела, окружности головы и грудной клетки новорожденных измерялись по стандартной методике.

**Результаты.** Средний показатель массы тела при рождении у детей, родившихся от одноплодной доношенной беременности (37–40 нед) после ПКЭ и ПНЭ, составлял  $3433,85 \pm 87,19$  и  $3212,40 \pm 34,34$  г соответственно ( $p = 0,047$ ), средний показатель длины тела —  $52,5 \pm 0,46$  и  $51,4 \pm 0,17$  см соответственно ( $p = 0,049$ ), средние показатели окружности головы и грудной клетки составили  $35,0 \pm 0,20$  и  $34,4 \pm 0,11$  см ( $p = 0,02$ ) и  $34,4 \pm 0,28$  и  $32,4 \pm 0,15$  см соответственно ( $p = 0,001$ ).

Средний показатель массы тела при рождении у детей, родившихся от одноплодной беременности после ПКЭ и ПНЭ на сроке гестации 34–36 нед, составил  $2615,0 \pm 43,5$  и  $2533,3 \pm 95,8$  г соответственно ( $p > 0,05$ ), средний показатель длины тела составил  $48,0 \pm 0,13$  и  $46,5 \pm 0,43$  см соответственно ( $p = 0,002$ ), средний показатель окружности головы —  $32,5 \pm 0,5$  и  $32,5 \pm 0,36$  см соответственно, средний показатель окружности грудной клетки —  $32,0 \pm 0,5$  и  $30,4 \pm 0,57$  см соответственно ( $p = 0,01$ ).

У детей, родившихся после ПКЭ и ПНЭ на сроке гестации менее 34 нед, средние показатели массы тела, длины тела, окружности головы и грудной клетки при рождении достоверно не различались ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Средние антропометрические показатели детей, родившихся от одноплодной доношенной беременности после ПКЭ значимо выше, чем после ПНЭ. При рождении в сроке гестации менее 34 нед различий антропометрических показателей новорожденных в зависимости от метода ВРТ не выявлено.



## ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ

Воротникова Н.А., Черненко Ю.В.

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

**Актуальность.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) заставляет вносить коррективы в пищевые привычки, может выступать в качестве стрессового события, порождать конфликты, сказываться на состоянии эмоциональной сферы.

**Цель исследования.** Выявить особенности эмоционально-личностной сферы детей с ГЭРБ.

**Пациенты и методы.** За 6 мес обследованы 20 детей в возрасте 6–15 лет с жалобами на изжогу (средний возраст —  $11 \pm 0,3$  лет; девочек — 9 человек, мальчиков — 11). ГЭРБ верифицирована в результате эзофагогастродуоденоскопии (Olympus, Япония) и внутрипищеводной суточной рН-метрии («Гастроскан-24», Фрязино). Исследование эмоционально-личностной сферы проведено с помощью двух проективных методик — рисуночных тестов «Несуществующее животное» и «Дом. Человек. Дерево».

**Результаты.** Тест «Несуществующее животное» у 60% детей показал низкую энергию рисунка, подтверждающую наличие хронического соматического заболевания и общую астенизацию. В 55% случаев дети изображали нейтральное животное с большими глазами — символ присущего переживания страха. Прерывистые линии рисунка показали конфликтные черты характера у 50% пациентов с ГЭРБ. Анализ теста «Дом. Человек. Дерево» выявил чувство нехватки психологической теплоты в семье у 9 пациентов (45%); у 12 детей (60%) прослеживалась недостаточная детализация, т.е. тенденция к замкнутости. Каждый второй ребенок рисовал человека на весь лист с амбивалентным профилем, с широко расставленными ногами и сильно заштрихованными волосами, что свидетельствует о достаточно сильной фрустрации со стремлением избавиться от неприятной ситуации, неподчинении, игнорировании и незащищенности. В этом четко прослеживается тревога, сфера конфликтов. Повышенная внутренняя тревожность, подозрительность, боязнь быть покинутым, скрытая агрессия и избыточная эмоциональность присутствовали в 2/3 случаев — 14 человек (70%).

**Заключение.** Эмоционально-личностная сфера детей с ГЭРБ характеризуются внутренней тревогой, подозрительностью, конфликтными чертами характера, боязнью быть покинутым; скрытой агрессивностью, тенденцией к замкнутости. ГЭРБ, как хроническое рецидивирующее заболевание, способствует развитию патологических психологических реакций на болезнь, которые утяжеляют состояние пациентов и влияют на комплаентность в процессе терапии.

## ПОКАЗАТЕЛИ МОЧЕВОГО ОСАДКА И УРОВЕНЬ NGAL ПЛАЗМЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ТОКСИКОЗОМ С ЭКСИКОЗОМ II СТЕПЕНИ

**Выходцева Г.И., Киричек Е.Ю., Колесникова О.И., Скударнов Е.В.,  
Зенченко О.А.**

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

**Актуальность.** Ранняя диагностика острого почечного повреждения остается проблемой у детей с осложненными формами острых кишечных инфекций.

**Цель исследования.** Оценить показатели мочевого осадка и уровень NGAL плазмы крови у детей с острыми кишечными инфекциями (ОКИ), осложненными токсикозом с эксикозом II степени.

**Пациенты и методы.** В группу обследованных включен 51 ребенок в возрасте от 2 мес до 6 лет, находившийся на лечении с диагнозом ОКИ, осложненными токсикозом с эксикозом II степени, в реанимационном отделении КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства» и инфекционном отделении КГБУЗ «Городская больница № 12, г. Барнаула».

**Результаты.** Дети с ОКИ, осложненными токсикозом с эксикозом II степени, поступали в стационар на 2,0 [2,0; 5,0] день болезни с острым дефицитом массы тела 6,8 [6,3; 7,4]%. Изучение мочевого осадка показало, что канальцевая протеинурия отмечалась у 22 (43%) детей. Протеинурия в группе детей до 1 года составила 0,41 [0,1265; 1,565] г/л и была зарегистрирована у 8 (57%) детей. В группе детей с 1 года до 3 лет канальцевая протеинурия составила 0,3 [0,065; 0,34] г/л и зарегистрирована у 5 (36%) детей. В группе детей с 3 до 6 лет в среднем по группе показатель составил 0,33 [0,16; 0,35] г/л и зарегистрирован у 9 (39%) обследованных детей. Микрогематурия была выявлена у 3 (6%) обследованных детей. Патологическая лейкоцитурия была зарегистрирована у 10 (20%) обследованных детей. Достоверно чаще патологическая лейкоцитурия отмечалась в группе детей до 1 года ( $p_{1-2} = 0,04130$ ). Повышенный уровень креатинина плазмы крови был зарегистрирован у 16 (31%) обследованных детей с осложненными ОКИ. Проведенный сравнительный анализ показал достоверно значимое снижение СКФ в группе детей до 1 года ( $U_{1-2} = 31,0$ ,  $p_{1-2} = 0,002247$ ;  $U_{1-3} = 48,0$ ,  $p_{1-3} = 0,000427$ ). Анализ уровня NGAL плазмы крови у детей с осложненными ОКИ в возрастных группах показал, что в группе детей до 1 года он составил 10,62044 [6,773628; 15,92055] нг/мл и сопровождался достоверно частым повышением уровня креатинина плазмы крови ( $p_{1-2} = 0,0022$ ;  $p_{1-3} = 0,0255$ ). У детей в возрастной группе с 1 года до 3 лет в среднем по группе уровень NGAL плазмы крови составил 13,01718 [6,982001; 16,10525] нг/мл. В возрастной группе детей с 3 до 6 лет показатель NGAL плазмы крови в среднем по группе составил 11,47058 [6,524190; 17,97460] нг/мл.

**Заключение.** Мочевой синдром с преобладанием протеинурии у детей с ОКИ, осложненной токсикозом с эксикозом II степени, свидетельствует о вовлечении в патологический процесс почек и является основанием для оценки их функции. Определение показателя уровня NGAL плазмы крови для раннего прогностического критерия вовлечения в патологический процесс почек.

## ЦИСТАТИН С У ДЕТЕЙ-РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Вялкова А.А., Гунькова Е.В.

*ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация*

**Актуальность.** Изучение биомаркеров эндотелиальной и тубулярной дисфункции с оценкой их роли в формировании почечной патологии является перспективным для усовершенствования диагностики и прогнозирования исходов гемолитико-уремического синдрома (ГУС) у детей.

**Цель исследования.** Установить роль цистатина С у детей-реконвалесцентов ГУС.

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

**Результаты.** Выявлена обратная корреляция Цис С крови и мочи с показателем СКФ у детей-реконвалесцентов ГУС с исходом в ХЗП: снижение показателя СКФ ассоциирует с повышением уровня цистатина С мочи и крови ( $r = -0,663; -0,788, p < 0,05$ ). Выявлено, что по мере нарастания МАУ отмечается повышение уровней Цис С мочи и крови ( $r = 0,710; 0,637, p < 0,05$ ). Установлена обратная корреляция показателей внутрипочечной гемодинамики ( $V_s, V_d$ ) и Цис С крови и мочи: у детей-реконвалесцентов ГУС с ХЗП уменьшение параметров внутрипочечной гемодинамики ассоциирует с увеличением продукции Цис С крови и мочи ( $V_s: r = -0,319, -0,527; V_d: r = -0,501, -0,49$ , соответственно). Частота артериальной гипертензии у детей-реконвалесцентов ГУС с формированием ХЗП ассоциирует с Цис С крови и мочи: по мере увеличения концентрации Цис С крови и мочи нарастает частота артериальной гипертензии ( $r = 0,461; 0,302$ ). Установленная взаимосвязь уровня Цис С крови и мочи с показателями АД, параметрами внутрипочечного кровотока, СКФ, уровнем МАУ подтверждает патогенетическую роль Цис С в развитии патологии почек.

**Заключение.** Уровень цистатина С крови и мочи является информативным критерием поражения почек у детей-реконвалесцентов ГУС.

## ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ: ПИГМЕНТНЫЙ ВИЛЛОНОДУЛЯРНЫЙ СИНОВИТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Гаврилюк О.И., Баштакова Е.А., Горохова Н.Е., Ушакова С.А.,  
Халидуллина О.Ю., Габараева Н.С., Ваганова А.Е., Ишбулдин А.А.,  
Пшеничникова М.В., Барышников М.А.

ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», Тюмень,  
Российская Федерация  
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация  
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», Тюмень,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Пигментный виллонодулярный (ПВН) синовит является редким заболеванием с хроническим поражением одного сустава (чаще крупного) и проявляется разрастанием его синовиальной оболочки с образованием узловых или ворсинчатых выростов; сочетает признаки как воспалительного, так и опухольного процесса.

**Цель исследования.** Повышение диагностической настороженности врачей-педиатров в отношении ПВН синовита у детей с моноартритом, учитывая его клиническое сходство с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА).

**Пациенты и методы.** Анализ медицинской документации пациентки А., 10 лет, с моноартритом длительностью > 6 нед, госпитализированной в ГБУЗ ТО ОКБ № 1 в ноябре 2021 г. с давностью заболевания 4 мес. В марте 2021 г. отмечалось падение на левое колено на уроке физкультуры, травматические повреждения были исключены. С августа 2021 г. жалобы на отек левого коленного сустава (КС) и боль при движениях; сустав увеличен в объеме. Терапия «артрита» нестероидными противовоспалительными препаратами без эффекта, заподозрено формирование ЮИА.

**Результаты.** При поступлении жалобы сохраняются, утренняя скованность 10 мин. Локально: левый КС значительно увеличен в объеме, теплый на ощупь, движения болезненны. При лабораторном исследовании исключены воспалительная иммунологическая активность, серологические маркеры инфекций. При сонографии, магнитно-резонансной томографии: признаки выраженного синовита с неравномерным утолщением синовиальной оболочки до 5–8 мм с выростами ворсин. При диагностической пункции сустава получено 90 мл жидкости по типу «крови». Цитология: на фоне эритроцитов скопления синовиоцитов, макрофагов, лимфоцитов. Посев жидкости на микобактерии и бактерии отрицательный. На междисциплинарном консилиуме с участием ревматологов, ортопеда-травматолога и онколога исключены ЮИА, опухоли, сосудистые мальформации левой нижней конечности. Заподозрен ПВН синовит. Переведена в федеральный центр РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, где в хирургическом травматолого-ортопедическом отделении выполнена артроскопия левого КС, синовкапсулэктомия. Диагноз ПВН синовита верифицирован гистологически: синовиальная оболочка ворсинчатого строения с пролиферацией синовиоцитов, очагами продуктивного гранулематозного воспаления, скоплениями гемосидерофагов, клеток с атипией нет.

**Заключение.** Ювенильный идиопатический артрит в моноартикулярном варианте течения часто трудно отличим от ПВН синовита, в связи с чем пациент может длительное время получать противовоспалительную терапию без должного эффекта. Данный клинический случай демонстрирует важность проведения тщательного дифференциально-диагностического поиска при моноартрите на основе эффективного междисциплинарного взаимодействия врачей на региональном уровне и ведущую роль федерального центра в верификации редкого и сложного диагноза с согласованием дальнейшей тактики ведения пациентки.

## ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТАТУСА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Галашевская А.А.<sup>1</sup>, Почкайло А.С.<sup>1</sup>, Руденко Э.В.<sup>2</sup>, Борисенко Т.Д.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
Минск, Республика Беларусь

<sup>3</sup> УЗ «1-я городская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** В настоящее время дефицит и недостаточность витамина D признаны глобальной проблемой здравоохранения во всем мире. Дети с детским церебральным параличом (ДЦП), подвержены более высокому риску развития дефицита витамина D по сравнению со здоровыми детьми из общей популяции.

**Цель исследования.** Оценить статус обеспеченности витамином D детей с ДЦП в зависимости от пола и возраста.

**Пациенты и методы.** Исследование выполнялось в республиканском центре детского остеопороза, функционирующем на базе УЗ «Минская областная детская клиническая больница». В исследование включены 90 детей (45 девочек и 45 мальчиков) с ДЦП в возрасте от 2 до 18 лет. Медиана возраста детей составила 9,0 (6,1; 13,0) лет. Дети были разделены на возрастные группы: 2–6 лет (n = 26), 7–10 лет (n = 30), 11–13 лет (n = 14), 14–18 лет (n = 20). Определение уровня витамина D (25(OH)D) в сыворотке крови проводилось методом электрохемилюминесценции.

**Результаты.** Медиана сывороточной концентрации 25(OH)D в общей когорте обследованных детей находилась в диапазоне дефицита витамина D и составила 16,43 (12,08; 22,91) нг/мл, при этом суммарная распространенность дефицита (25(OH)D < 20 нг/мл) и недостаточности витамина D (25(OH)D — 20–29 нг/мл) составила 86,7%. Выявлены различия в показателях 25(OH)D и частоте регистрации дефицита и недостаточности витамина D в зависимости от возраста ребенка. Наиболее высокие уровни кальцидиола наблюдались у детей младшей возрастной группы 2–6 лет (23,81 (14,90; 35,91) нг/мл). С возрастом наблюдалась тенденция к снижению сывороточной концентрации 25(OH)D, достигнув в группах детей 11–13 и 14–18 лет статистически значимо более низких значений по сравнению с возрастной группой 2–6 лет — 15,38 (11,20; 17,29) нг/мл и 15,67 (10,19; 18,54) нг/мл соответственно (p < 0,05). Суммарная частота регистрации дефицита и недостаточности витамина D составила в возрастной группе 2–6 лет 73,1%, 7–10 лет — 86,7%, 11–13 лет — 92,9%, 14–18 лет — 100%. Не было выявлено статистически значимых различий в уровнях 25(OH)D и частоте регистрации дефицита и недостаточности витамина D в зависимости от пола ребенка.

**Заключение.** Выявлена высокая распространенность различной степени выраженности дефицита и недостаточности витамина D среди детей с ДЦП — суммарно до 86,7%. Установлено, что как сывороточная концентрация, так и частота выявления дефицита и недостаточности 25(OH)D ассоциированы с возрастом ребенка и не зависят от пола.

## СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, НЕ СПОСОБНЫХ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ

Галашевская А.А.<sup>1</sup>, Почкайло А.С.<sup>1</sup>, Водянова О.В.<sup>1,2</sup>, Чепурок Д.А.<sup>2</sup>, Сосновская Е.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> УЗ «Минская областная детская клиническая больница», п. Лесной, Республика Беларусь

**Актуальность.** Низкая минеральная плотность костной ткани (МПКТ) — распространенное явление у пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП), особенно у детей, не способных к самостоятельному передвижению, что приводит к повышенному риску переломов даже при незначительных травмах.

**Цель исследования.** Оценить состояние минеральной плотности костной ткани у детей с детским церебральным параличом, не способных к самостоятельному передвижению.

**Пациенты и методы.** В исследование приняли участие 42 ребенка с ДЦП, не способных к самостоятельному передвижению (IV–V уровни по GMFCS). Медиана возраста детей составила 9,5 (8,1; 13,1) лет. Определение МПКТ проводилось методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (денситометр «Стратос», Франция) по педиатрическим программам исследования поясничного отдела позвоночника (L1-L4) и всего тела без включения костей черепа (total body less head; TBLH).

**Результаты.** По результатам двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии установлено, что показатель z-score МПКТ был статистически значимо ниже и отмечалась более высокая частота регистрации низкой МПКТ в поясничном отделе позвоночника, достигающая 76,2%, по сравнению с исследованием МПКТ всего скелета без включения костей черепа — 20,5% ( $p < 0,001$ ). В обследованной когорте детей медиана z-score МПКТ L1-L4 соответствовала низкой МПКТ ( $z\text{-score} < -2,0\text{ SD}$ ) и составила  $-2,6 (-3,5; -2,0)\text{ SD}$ ; медиана показателя МПКТ —  $0,419 (0,361; 0,477)\text{ г/см}^2$ . В то же время, медиана z-score МПКТ при исследовании по программе TBLH находилась в пределах возрастной нормы и составила  $0,4 (-1,7; 1,9)\text{ SD}$ ; медиана значения МПКТ —  $0,520 (0,470; 0,605)\text{ г/см}^2$ . В анамнезе у 8 (19,0%) пациентов наблюдались низкоэнергетические переломы. Чаще наблюдались переломы костей нижних конечностей (переломы костей голени — 7 случаев, бедренной кости — 4 случая), а также встречались переломы плечевой кости — 2 случая, деформации и переломы позвонков — 2 случая. В соответствии с диагностическими критериями официальной позиции в педиатрии Международного общества клинической денситометрии (2019) у 6 (14,3%) детей верифицирован вторичный остеопороз.

**Заключение.** Установлена высокая частота регистрации низкой МПКТ у детей с ДЦП, не способных к самостоятельному передвижению (IV–V уровни по GMFCS), более выраженная в поясничном отделе позвоночника, достигающая 76,2%. Вторичный остеопороз верифицирован у 14,3% обследованных детей. В связи с вышеизложенным становится очевидным, что проблема остеопороза при ДЦП не только вызывает интерес с научной точки зрения, но и имеет большое практическое значение, требуя внимания врача-специалиста к данному аспекту в контексте мультидисциплинарного ведения таких пациентов.



## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЖЕЛАТИНА ТАННАТА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Галькевич Н.В.

*Белорусский государственный медицинский университет,  
Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Совершенствование лечения острых кишечных инфекций (ОКИ) актуально и в настоящее время. В качестве энтеросорбентов применяют средства, оказывающие мукопротективное и цитопротекторное действие, среди которых желатина таннат (ЖТ) занимает определенную нишу.

**Цель исследования.** Провести оценку клинических симптомов у детей при ОКИ водянистого типа и определить возможность использования ЖТ в лечении ОКИ у детей.

**Пациенты и методы.** Проведено открытое контролируемое сравнительное наблюдение за 63 детьми от 3 мес до 10 лет с клинической картиной водянистой ОКИ средней степени тяжести с давностью заболевания не более 48 ч. Основная группа (43 ребенка) получала ЖТ, группа сравнения (20 детей) получала смектит диоктаэдрический. Проведены оценка клинических проявлений, общеклинические исследования крови, мочи, ПЦР кала, ИФА кала на антиген ротавируса.

**Результаты.** Этиология ОКИ чаще была вирусная: у 65,1% — ротавирусы (в т.ч. у 2 детей в виде микст-инфекции в сочетании со стафилококком, у 1 — с кампилобактером, у 1 — с аденовирусом), у 1 ребенка — с норовирусом. В 1 случае водянистая диарея вызвана *Salm. enteritidis*, ОКИ неустановленной этиологии — 31,7%. Длительность интоксикации (восстановление аппетита, улучшение активности) была несколько меньше в основной группе. Несмотря на отсутствие статистической достоверности, можно отметить, что при применении ЖТ проявления интоксикации и диареи прекращались несколько раньше, чем в группе сравнения: 1,5 и 2 дня, 1,9 и 2,2 дня соответственно. Длительность заболевания в основной группе составила  $4 \pm 1,6$  дня в основной группе и  $5 \pm 2$  дня в группе сравнения. Все дети хорошо переносили ЖТ, случаев индивидуальной непереносимости зарегистрировано не было. Прием ЖТ не вызывал рвоту у детей. Родители отмечали удобство применения ЖТ по объему разведения разовой дозы, органолептике. В группе сравнения отмечалось 2 случая аллергической реакции на прием энтеросорбента и 3 случая отказа от приема сорбента.

**Заключение.** Включение ЖТ в комплекс лечебных мероприятий при инфекционной диарее водянистого типа оказывает положительное действие на симптомы ОКИ: сокращение эпизодов диареи, длительности диареи, длительности интоксикации. Эффективность ЖТ с учетом мукопротективного действия позволяет рекомендовать его для включения в схемы лечения инфекционных диарей у детей. На первое место выступает удобная форма дозирования препарата (небольшой объем жидкости для разведения саше), повышающая комплаентность терапии.

## **ВРАЧЕБНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

**Ганузин В.М., Чирков А.Н., Кисельникова О.В.**

*Ярославский государственный медицинский университет,  
Ярославль, Российская Федерация*

**Актуальность.** Совершенствование работы по профессиональной ориентации молодежи является важной общегосударственной задачей. Помощь подростку в выборе будущей профессии, определение его профессиональной пригодности — один из путей сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения. Отечественными основоположниками разработки методов профориентации, врачебной профессиональной консультации (ВПК) и профотбора являлись В.М. Левин и Э.С. Рутенбург, опубликовавшие монографию по данному направлению «Профессиональная ориентация и врачебная профессиональная консультация подростков» (Ленинград, 1965).

**Цель исследования.** Показать возможности врачебной профессиональной консультации в реабилитации подростков с патологией мочевыделительной системы.

**Пациенты и методы. Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением в кабинете ВПК находились 136 подростков с патологией мочевыделительной системы. Наиболее часто за консультацией в кабинет ВПК обращались школьники с хроническим пиелонефритом (54,5%), циститом (18,8%), гломерулонефритом (15,6%) и пороками развития различных отделов МВС (11,1%).

В качестве методического материала при проведении ВПК мы использовали Федеральный протокол РОШУМЗ -5-2014, Приказ МТ и СЗ РФ № 46 от 2018 г. и Методические рекомендации по ВПК, утвержденные УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России.

**Результаты.** Всем подросткам, обратившимся в кабинет ВПК, были подобраны профессии и учебные заведения, где их можно получить. Даны рекомендации по ограничению производственных факторов, способствующих прогрессированию заболеваний МВС. Мы не рекомендовали подросткам, имеющим патологию МВС, работы в неблагоприятных метеорологических условиях, с токсическими веществами, в условиях вибрации, значительного физического напряжения и вынужденной рабочей позы, с частыми командировками и постоянными разъездами внутри и за пределами города.

**Заключение.** Таким образом, ВПК подростков с патологией МВС является одним из этапов медицинской, социальной и трудовой реабилитации, позволяет выбрать достойную профессию, способствующую улучшению качества их жизни. А проводимая нами врачебная профессиональная консультация является одним из направлений социальной педиатрии.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ганузин В.М., Масков Г.С., Ганичева Н.П.

*Ярославский государственный медицинский университет,  
Ярославль, Российская Федерация*

**Актуальность.** Врачебная профессиональная консультация (ВПК) подростков с заболеваниями нервной системы (НС) является одним из этапов медико-социальной и трудовой реабилитации. Россия является основоположником разработки научных и практических направлений по ВПК. Первая книга о влиянии профессионально-производственных факторов на организм подростков «Профессиональная гигиена умственного и физического труда» была опубликована Ф.Ф. Эрисманом в 1877 г.

**Цель исследования.** Изучение возможности подбора профессии и учебного заведения подросткам с патологией нервной системы при проведении ВПК.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находились 97 подростков с различными поражениями НС, в т.ч. с детским церебральным параличом, энцефалорадикулоневритом, травматическими и инфекционными поражениями периферической нервной системы, эпилепсией, задержкой психического развития и девиантным поведением. В качестве методического материала использовали Приказ МТ и СЗ РФ № 46 от 2018 и Федеральный протокол ФПРОШУМЗ-5 от 2014.

**Результаты.** Всем подросткам в зависимости от функциональных возможностей нервной системы были рекомендованы ряд специальностей и учебные заведения, где эти специальности можно получить. Подросткам с патологией НС мы не рекомендовали такие профессионально-производственные факторы, которые в будущем затрудняли бы качественное выполнение служебных обязанностей и неблагоприятно воздействовали на состояние НС. В ряде случаев при проведении ВПК подросткам с задержкой психического развития и девиантным поведением, проживающим в школе-интернате, привлекались психологи, социальные педагоги и психиатры.

**Заключение.** Профориентация школьников с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов является составной частью государственной программы по медицинской, психологической, социальной и трудовой реабилитации. Врачебная профессиональная консультация подростков с патологией НС является междисциплинарной проблемой и требует от специалистов, занимающихся их абилитацией и реабилитацией, полипрофильного взаимодействия.

## ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АЛЬВЕОЛЯРНО-АРТЕРИАЛЬНОГО ГРАДИЕНТА КИСЛОРОДА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Гасымова Е.А.

*НИИ педиатрии им. Л. Фараджевой, Баку, Азербайджанская Республика*

**Актуальность.** Одной из проблем реаниматологии и интенсивной терапии недоношенных детей в критическом состоянии является обеспечение адекватного газообмена и оксигенации. Альвеолярно-артериальный кислородный градиент является одним из важнейших показателей газообменной функции легких.

**Цель исследования.** Определить диагностическую значимость альвеолярно-артериального градиента кислорода у недоношенных новорожденных в критическом состоянии.

**Пациенты и методы.** На основании ретроспективного анализа 100 историй болезни дети были разделены на 2 группы. В I группу вошли 45 недоношенных детей с респираторным дистресс-синдромом, во II группу — 55 недоношенных детей с пневмонией. Контрольную группу составили 20 недоношенных детей без признаков дыхательной недостаточности. Проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, а также оценку газообмена и кислотно-основного состояния крови с определением альвеолярно-артериального градиента кислорода.

**Результаты.** На первые сутки госпитализации у всех детей I и II группы (100%) альвеолярно-артериальный градиент кислорода был повышен до  $68,1 \pm 10,4$  мм рт. ст., в то время как у детей контрольной группы (при дыхании комнатным воздухом) A-a DO<sub>2</sub> не превышал 25 мм рт. ст. ( $p < 0,05$ ). В динамике на фоне проведения адекватной респираторной терапии у 37 (82,2%) детей I группы и 49 (89%) детей II группы A-a DO<sub>2</sub> снизился до  $36,9 \pm 1,1$  мм рт. ст. Улучшение показателей кислородного статуса у этих новорожденных сопровождалось более быстрым восстановлением эффективного газообмена и вентиляции легких. У 8 (17,7%) детей I группы и 6 (11%) детей II группы несмотря на повышение кислорода во вдыхаемой газовой смеси (FiO<sub>2</sub>) A-a DO<sub>2</sub> оставался высоким, с ухудшением артериальной оксигенации и отрицательной рентгенологической динамикой, что, возможно, было связано с наличием у этих детей сброса крови «справа налево» и развитием легочной гипертензии. При эхокардиографии у этих детей были выявлены признаки перегрузки правых отделов сердца и легочная гипертензия различной степени выраженности, расчетное давление в легочной артерии в среднем составило 43–75 мм рт. ст. (норма до 35 мм рт. ст.).

**Заключение.** Таким образом, при госпитализации недоношенных новорожденных в отделение реанимации и интенсивной терапии необходимо установить у них наличие гипоксемии, и если это так, то, определив альвеолярно-артериальный кислородный градиент (A-a DO<sub>2</sub>), можно провести дифференциальную диагностику и оценить степень повреждения легких и нарушения транспорта кислорода, наличие сброса крови «справа налево», а также выбрать тактику респираторной терапии.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ У ДЕТЕЙ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Гидаятова Л.А., Гасанова Н.С., Сафарова И.А., Мамедова С.Н.**

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика*

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем современной ревматологии является изучение легочной патологии при системных заболеваниях соединительной ткани у детей, которая составляет в среднем 20–90% и отличается значительной вариабельностью. Особый интерес представляет определение данной патологии при системной красной волчанке.

**Цель исследования.** Изучение распространенности и особенностей легочной патологии при системной красной волчанке у детей в Азербайджанской Республике.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находились 75 детей с подтвержденным диагнозом системной красной волчанки, имеющие различные легочные поражения, в возрасте 9–18 лет, из которых 56 (74,5%) были девочки, а 19 (25,4%) — мальчики. Для верификации диагноза наряду с общеклиническими методами проводили рентгенологическое исследование и КТВР.

**Результаты.** В результате обследования у 57 (76%) был верифицирован волчаночный плеврит, у 9 (12%) пациентов наблюдалось интерстициальное поражение легких, у 6 (8%) имелся волчаночный пневмонит и у 3 (4%) были обнаружены диффузные альвеолярные геморрагии.

**Заключение.** Таким образом, одним из главных проявлений системной красной волчанки у детей, определяющих тяжесть и прогноз данного заболевания, является легочная патология, изучение которой требует более пристального внимания.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Гидаятова Л.А., Мамедова Ф.М., Гаджиева У.К.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика*

**Актуальность.** Язвенный колит является одной из социально значимых проблем современной гастроэнтерологии, причем почти в 50% случаев данная патология имеет разнообразные внекишечные проявления, определяющие тяжесть и прогноз заболевания.

**Цель исследования.** Изучение характера и частоты внекишечных проявлений язвенного колита у детей в Азербайджанской Республике.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находились 40 детей в возрасте 10–18 лет с подтвержденным диагнозом язвенного колита, имеющие различные внекишечные проявления. Среди обследованных были 22 (55%) девочки и 8 (45%) мальчиков.

**Результаты.** В результате обследования наряду с классическими проявлениями язвенного колита у 16 (40%) пациентов имелись суставные проявления, причем у 12 (75%) из них были периферические артриты, у 3 (18,75%) — односторонний сакроилеит и у 1 (2,5%) — анкилозирующий спондилит. Также у 5 (12,5%) пациентов наблюдалась мышечная слабость различной степени интенсивности. Среди обследованных у 3 (7,5%) пациентов была диагностирована гангренозная пиодермия и у 2 (5%) — узловатая эритема. Помимо этого, у 11 (27,5%) больных имелись различные поражения глаз, у 2 (5%) — склерозирующий холангит и у 1 (2,5%) наблюдался аутоиммунный гепатит.

**Заключение.** Таким образом, язвенный колит у детей достаточно часто имеет внекишечные проявления, ухудшающие качество жизни пациентов и прогноз самого заболевания, что требует более тщательного подхода к ранней диагностике и своевременной терапии данной патологии.



## РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РФ

Гмошинская М.В., Сафронова А.И., Алешина И.В., Тоболева М.А.

*ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Важный вклад в формирование пищевого поведения способна вносить тактика назначения прикорма, которая претерпела существенные изменения в последние годы. Однако вопросы влияния прикорма на формирование ожирения остаются противоречивыми. Изучение факторов риска формирования избыточной массы тела и ожирения, к числу которых относится нарушение пищевого поведения, представляет несомненный интерес.

**Цель исследования.** Ретроспективное изучение пищевого поведения детей в различных регионах РФ.

**Пациенты и методы.** Представлены результаты опроса 174 родителей детей дошкольного и школьного возраста, проживающих в Центральном ФО, 257 родителей детей 7–18 лет, проживающих в Сибирском ФО, 958 родителей детей дошкольного и школьного возраста, проживающих в Дальневосточном ФО. Оценку физического развития детей проводили с помощью программ WHO Anthro и WHO AnthroPlus 2007 с последующим расчетом z-scores ИМТ по возрасту.

**Результаты.** В ходе исследования было ретроспективно изучено формирование пищевого поведения детей в первые три года жизни, возраст которых различается на 8–10 лет (детей 3–6 лет, 7–10 лет и 11–18 лет). Установлено изменение средних сроков введения прикорма с  $4,6 \pm 2,1$  мес до  $5,3 \pm 1,7$  мес, ассортимента и последовательности введения продуктов и блюд прикорма; детей раньше (в среднем на 3 мес) начинают переводить на «общий стол», но навыками самостоятельной еды они овладевают позже (в среднем на 3 мес), позже обучаются пользоваться ложкой (в среднем на 5 мес). Отмечена тенденция к более раннему введению в рацион детей высокожировых кондитерских изделий, копченых продуктов, газированных напитков с добавленным сахаром. В то же время родители стали реже использовать кормление с усилиями (докармливание «до последней ложки») ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** За последние 10 лет произошли изменения в организации питания детей раннего возраста в РФ, способные оказывать негативное влияние на формирование пищевого поведения: ранний перевод на «общий стол», позднее овладение навыками самостоятельного приема пищи, тенденция к более раннему введению в рацион детей кондитерских изделий, газированных напитков с добавленным сахаром; не нашла подтверждения зависимость z-score ИМТ ребенка в школьном возрасте от возраста назначения прикорма в целом, а также использования фруктовых соков в качестве первого прикорма.

## КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И РАЗВИТИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Голикова Н.М.<sup>1</sup>, Иванов С.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», Симферополь, Российская Федерация

<sup>2</sup> Медицинская академия им. С.И. Георгиевского КФУ им. В.И. Вернадского, Симферополь, Российская Федерация

**Актуальность.** Коронавирус-2019 принято называть SARS-CoV-2. Вспышка пневмонии в китайском городе Ухань началась в середине декабря 2019 г., возбудителем стал ранее неизвестный коронавирус. Статистика заражения в мире на 28 января 2022 г.: на первом месте США — 74067112 заболевших, на шестом месте Российская Федерация — 16157798 случаев, из них в Республике Крым 132036. Среди детей и подростков заболеваемость составила около 9 тыс. человек, что составило 0,2% от количества общей заболеваемости. На сентябрь 2020 г. в России заболело 47712 человек до 18 лет, что составляет 8,4%.

**Цель исследования.** По данным статистики заболеваемости Республиканской детской больницы Республики Крым, родильного дома № 1 проанализировать количество заразившихся новорожденных SARS-CoV-2 в г. Симферополе и указать на низкую частоту заболеваемости среди новорожденных детей.

**Пациенты и методы.** По статистическим данным родильного дома № 1 г. Симферополя и инфекционной больницы, за 6 мес прошлого года было зарегистрировано 497 беременных женщин с положительным тестом ПЦР. За это время родились 76 детей от 73 рожениц, 12 детей были рождены недоношенными. Из этого количества недоношенных детей 2 ребенка, рожденных соответственно на 27-й и 32-й нед беременности, были переведены в отделение недоношенных ДРКБ с разной патологией и подозрением на коронавирус, а также девочка, рожденная на 39-й нед, с положительным ПЦР и судорожным синдромом. Были проведены следующие исследования: рентгенография, УЗИ, аускультация, лабораторные методы. У доношенного ребенка проводилась компьютерная томография.

**Результаты.** В отделении патологии новорожденных и недоношенных новорожденных Республиканской детской клинической больницы в специальной бокс попали вышеуказанные дети с подтвержденной коронавирусной инфекцией. При дальнейших исследованиях (рентгенография, УЗИ, аускультация, лабораторные методы исследования) у новорожденных подтверждается наличие разной сопутствующей патологии. У девочки, родившейся на 27-й нед массой 800 г, мать, болевшая коронавирусной инфекцией, умерла при родах. Поставлен диагноз: судорожный синдром, пневмония, перитонит, ВПС, бронхолегочная дисплазия, отслойка сетчатки, рекомендовано обследование генетика. Находилась в течение 3 мес на ИВЛ и набрала массу 2100 г. Находилась в реанимации 16 дней, затем в стационаре почти 4 мес. Двое остальных детей, судя по всему, заболели перинатально от матерей. Диагноз при обследовании: пневмония, перитонит у обоих. Далее сопутствующие заболевания разделились: мальчик 32 нед — синдром холестаза, анемия. У девочки 39 нед — ангиопатия. При лабораторных исследованиях у всех пациентов констатировалось повышение С-реактивного белка (СРБ) выше 36–55 мг/л при норме до 4 мг/л. Прокальцитонин в сыворотке крови у новорожденных должен составлять более 0,5 нг/мл, у данных больных превышение нормы было в 9–15 раз. Указанные показатели могут развиваться на различных стадиях системного инфекционного процесса, что подтверждается дополнительными исследованиями и наличием коронавируса у новорожденных пациентов. После проведенного лечения больные были выписаны через 2 мес.

**Заключение.** Новая коронавирусная инфекция у новорожденных детей имеет более благоприятное течение по сравнению со взрослыми. У детей наравне с заражением коронавирусом встречаются и сопутствующие заболевания, среди которых ведущее место занимают анемия, сердечно-сосудистая патология, заболевания брюшной полости, дисплазии, заболевания органов зрения. По данным литературы, среди вирусных заболеваний у детей первого месяца жизни в 5% случаев диагностирован COVID-19. Это может говорить о том, что у новорожденных нет врожденного иммунитета к данному заболеванию. Иммунная система у детей первых месяцев жизни слабая, несовершенная, в отличие от взрослых, и это вызывает другие заболевания, в том числе и респираторные вирусные инфекции. Некоторые ученые также высказывают версию, что ангиотензинпревращающего фермента 2 (АПФ2) у новорожденных в организме очень мало. АПФ2 у детей еще не развит и довольно жесткий. Именно через него вирус проникает в клетки. В случае с новорожденными SARS-Cov-2 не может прикрепиться к указанному ферменту своими шипами, что исключает возможность заражения. По опыту врачей можно предположить, что влиянию SARS-CoV-2 подвержены дети всех возрастов, а у новорожденных есть риск развития тяжелой формы заболевания, хотя это все еще достаточно редкие случаи, но присоединяется ряд сопутствующих заболеваний.

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю.

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», Луганск, Луганская Народная Республика*

**Актуальность.** Гипоталамо-гипофизарные нарушения являются причиной возникновения многих патологических состояний организма. Распространенность гипоталамического синдрома пубертатного периода (ГСПП) составляет 82,4 на 1000, и артериальная гипертензия (АГ) — частая причина обращения к врачу.

**Цель исследования.** Определить патогенетические факторы возникновения артериальной гипертензии при ГСПП и методы ее коррекции.

**Пациенты и методы.** В основе развития АГ при ГСПП лежит гиперпродукция АКТГ, кортизола, повышение активности ренин-альдостероновой системы, а также гиперинсулинемия. Инсулин, стимулируя реабсорбцию натрия и воды в нефронах, повышает чувствительность коры надпочечников к ангиотензину II и увеличивает секрецию альдостерона, а также повышает катехоламиновую активность симпатической нервной системы.

**Результаты.** В наших наблюдениях АГ выявлялось у 84,4% подростков с ГСПП (n = 32). Для пациентов был характерным гипокинетический тип гемодинамики с низкими показателями сердечного выброса и высоким периферическим сосудистым сопротивлением. Помимо вышеуказанных звеньев патогенеза АГ, также необходимо учитывать действие на гладкомышечные клетки артериол инсулина, который повышает внутриклеточное содержание ионов кальция и стимулирует пролиферацию этого слоя. Все это приводит к увеличению ОЦК, росту периферического сосудистого сопротивления и к возникновению АГ.

**Заключение.** Общепринятый комплекс лечения ГСПП включает гипокалорийную диету, медикаментозную терапию, направленную на улучшение мозгового кровообращения и дегидратацию, ЛФК и физиотерапию. В терапии данной АГ зачастую необходима комбинация антигипертензивных средств, причем в более высоких дозах. Однако патогенетически обоснованным в лечении АГ при ГСПП является, по нашему мнению, использование препаратов, уменьшающих инсулинорезистентность.



## СИНДРОМ НУНАН У НОВОРОЖДЕННОГО С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ RTPN11

Голубева С.В., Румянцева Н.В., Зобикова О.Л., Гусина А.А., Тукан Д.А.

ГУ РНПЦ «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Синдром Нунан (СН) обусловлен доминантными мутациями в генах RTPN11, SOS1, RAF1, KRAS, NRAS, BRAF. Частота 1 : 2500 новорожденных. Гетерогенность заболевания влияет на вариабельность фенотипа. Ранний верифицированный диагноз позволяет своевременно определить генетический прогноз.

**Цель исследования.** Выделить ведущие диагностические признаки СН у новорожденных для оптимизации ранней клинической диагностики. Определить критерии для ДНК-тестирования.

**Пациенты и методы.** Клинические данные новорожденного, пренатальные УЗ исследования (ретроспективный анализ), инструментальные данные, цитогенетическое (GTG-banding) обследование, тестирование активности лизосомальных ферментов, тандемная масс-спектрометрия аминокислот и ацилкарнитинов, ДНК-диагностика (тестирование образцов ДНК на наличие мутаций в гене RTPN11 методом секвенирования по Сэнгеру).

**Результаты.** Пренатально: в 12 нед воротниковое пространство не расширено. Роды в сроке 38 нед, мальчик, масса — 4300 г, окружность головы — 37 см. При рождении: нарушение дыхания (ИВЛ), отечный синдром, лицевые дисморфии (дисморфичные ушные раковины, антимонголоидный разрез глазных щелей, гипертелоризм, эпикант, нос с открытыми наружу ноздрями, высокое небо), широкий и высокий лоб, короткая шея, отечная кожная складка в области шеи, воронкообразная деформация грудной клетки, крипторхизм. ЭхоКГ: клапанный стеноз легочной артерии (СЛА), дефекты межпредсердной перегородки, открытое овальное окно, дилатация правого предсердия, гипертрофия правого желудочка. В неонатальном периоде: хилоторакс, гепатоспленомегалия, гипоплазия тимуса. ЦНС: мышечная гипотония, гипорефлексия. УЗИ мозга: расширение боковых желудочков, киста сосудистого сплетения. Аудиометрический скрининг без отклонений. Кариотип 46,XY. Маркеров наследственных болезней обмена не выявлено. В 1 мес: гипотрофия, задержка психомоторного развития. Заподозрен синдром Нунан, проведен ДНК-анализ, идентифицирована ранее описанная патогенная мутация с.1510A>G) (p.Met504Val) в экзоне 13 гена RTPN11 в гетерозиготном состоянии de novo.

**Заключение.** Анализ представленного и опубликованных случаев СН с мутациями в гене RTPN11 показал, что клинические проявления у пробанда соответствуют фенотипу СН. Ведущими диагностическими критериями являются: характерный порок сердца (СЛА), лимфедема, типичный паттерн лицевых дисморфий. Наличие характерных признаков ускорило адресную ДНК-диагностику. Диагноз пробанда позволил определить генетический прогноз и объем пренатальной диагностики: риск для sibсов популяционный, стандартный пренатальный скрининг; риск для потомства 50%, пренатальная ДНК-диагностика.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛОПОЛИРАДИКУЛОНЕЙРОПАТИИ С ВЯЛЫМ ТЕТРАПАРЕЗОМ У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ

Гончарова Т.А.<sup>1</sup>, Федорова Н.Г.<sup>2</sup>, Брем Н.А.<sup>2</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

**Актуальность.** Для гарантированного выявления всех случаев полиомиелита в любой возрастной группе ВОЗ рекомендует осуществлять активный эпидемиологический надзор за всеми острыми вялыми параличами (ОВП). Синдром ОВП может встречаться при многих инфекционных (острый паралитический полиомиелит, полинейропатии, миелиты) и неинфекционных патологиях (опухоль спинного мозга, мононейропатии, в том числе травматические).

**Цель исследования.** Продемонстрировать клинический случай вялого тетрапареза у ребенка 8 лет с энцефаломиелополирадикулонейропатией.

**Пациенты и методы.** Ребенок К., мальчик, возраст 8 лет, 14.06.2009 г.р., житель Крутинского района Омской области. Заболел остро 20.08.2017, находясь на отдыхе в Астраханской области, отмечалась фебрильная лихорадка, появилось двоение в глазах. Через 2 дня присоединились общая слабость, тошнота, неинтенсивная боль в животе, ходил самостоятельно. На 3-й день подъем температуры до 40,0 °С, появились сильный озноб, судороги, головная боль, невнятная речь. Мальчик был снят с поезда и доставлен бригадой скорой помощи в Сызраньскую ГБ № 2, а затем санавиацией — в ГБУЗ СО Тольяттинскую ГКБ № 5 23.08.2017 в 23:30, где находился до 18.09.2017 с диагнозом: «Менингоэнцефалит неуточненной этиологии, возможно, вирусной. Отек головного мозга 2–3 ст. Кома 2–3 ст. Двусторонняя полисегментарная пневмония. Интерстициальный нефрит токсического генеза». До 30.08.2017 состояние оставалось крайне тяжелым, находился на ИВЛ. С 30.08.2017 в неврологическом статусе появилась небольшая положительная динамика. Стал реагировать на осмотр открыванием глаз. Движений в конечностях нет. Менингеальные знаки отрицательные. Корнеальный рефлекс вызывается, подкашливает, в том числе на санацию. Атония. Арефлексия. Судорог нет. Купировался гипертенус в стопах. С 01.09.2017 взгляд фиксирует, узнает маму, улыбается, выполняет команду «сжать руку доктора» слабым сжатием. 11.09.2017 выполнена трахеостомия. Данному ребенку проведено лечение: антибактериальная терапия (цефтриаксон, меропенем, эритромицин, линезолид, ко-тримоксазол, цефоперазон + сульбактам), инфузионная терапия, дексаметазон, преднизолон, иммуноглобулин человека нормальный № 5, ацикловир в/в 10 дней, интерферон альфа-2b ректально, пентоксифиллин, этилметилгидроксипиридина сукцинат, холина альфосцерат, тиамин, цианкоболамин, пробиотики, ЛФК, щадящий массаж.

**Результаты.** С 18.09.2017 по 03.10.2017 находился в Тольяттинской ГДБ № 1 с диагнозом: «Энцефаломиелополирадикулоневрит». При поступлении общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Обоняние не нарушено. Острота зрения не нарушена. Зрачки D = S, фотореакции живые, движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметричное. Глотание нарушено. Глоточный рефлекс не вызывается. Язык по средней линии. Активные движения в конечностях практически отсутствуют, по просьбе может сжать кисть, но за счет спастичности и патологических дискинезий разжать ее не может. Спастика в голеностопных суставах и кистях рук. Сила мышц 0–1 балл. Мышечный тонус диффузно снижен, в дистальных отделах — спастичный, с формированием контрактур. Сухожильные рефлексы: ахилловы D = S, верхние брюшные справа +, остальные не вызываются. Патологические стопные знаки с обеих сторон. Патологические синкинезии. Нарушение терморегуляции. Дистальный гипергидроз. Функции тазовых органов не нарушены. Получал массаж, ЛФК, нейротропную терапию, антигипоксанты, сосудистые, антиспастическую терапию.

На фоне проводимого лечения состояние значительно улучшилось, средней тяжести. В сознании. Разговаривает. Адекватная реакция на окружающее. Глотает, кормится с ложки протертой пищей. Объем питания усваивает. Зрачки D = S, фотореакции живые, движения глазных яблок в полном объеме. Эмоции адекватные. Самостоятельные движения появляются в минимальном объеме. Голову не держит, не переворачивается. Трахеостома удалена 27.09.2017. Дыхание самостоятельное через естественные дыхательные пути. Для дальнейшего лечения 09.10.2017 переведен в БУЗОО ОДКБ г. Омска. Неоднократно (с октября 2017 по март 2021 г.) проводились курсы реабилитации (курсы массажа, ЛФК, физиолечение, нейропротекторы, витамины группы В) на базе психоневрологического отделения в ОДКБ с диагнозом: «Последствия перенесенного энцефаломиелополирадикулоневрита (август-сентябрь 2017 г.), период остаточных явлений. Вялый тетрапарез». С положительной динамикой.

В настоящее время сохраняются изменения в неврологическом статусе. Ходит самостоятельно, но объем активных движений ограничен, больше в нижних конечностях. Мышечный тонус снижен в нижних конечностях. Мышечная сила снижена в нижних конечностях до 4 баллов, в верхних конечностях — 5 баллов. Тугоподвижность в голеностопных суставах. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей живые, D = S, с нижних конечностей снижены, D = S. Рефлекс Бабинского с двух сторон. На корточки у опоры не садится. Эквиноварусная левая стопа. Запинается, падает, подварачивается левая стопа, затруднена ходьба на пятках. Функции тазовых органов контролирует. Ребенок имеет статус инвалида. Прогноз для жизни благоприятный.

**Заключение.** Данный клинический случай показывает, что реабилитационные мероприятия должны начинаться уже с острого периода или в периоде ранней реконвалесценции энцефаломиелополирадикуло-неврита; объем и характер реабилитационных мероприятий определяется периодом заболевания, клиническим синдромом и его тяжестью; необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации; комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия; необходимо учитывать соответствие реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия. Необходим постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий.



## СКОЛЬКО СТОИТ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У РЕБЕНКА?

Горбач Л.А.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»  
Министерства здравоохранения Республики Беларусь,  
Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Пандемия COVID-19 оказала отрицательное влияние на работу противотуберкулезных служб стран. В мире в 2020 г. по сравнению с 2019 г. отмечено увеличение числа умерших от туберкулеза на 7,5%. В 2020 г. дети младше 15 лет составили 11% среди всех заболевших туберкулезом в мире.

**Цель исследования.** Изучение в Республике Беларусь средней стоимости диагностики и превентивного лечения латентного туберкулеза, диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания у одного ребенка.

**Пациенты и методы.** При расчетах использовались приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь по лечению туберкулеза у детей, цены на медицинские услуги государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии» Министерства здравоохранения Республики Беларусь на дату 11 июня 2020 г. Расчет стоимости противотуберкулезных лекарственных средств проводился согласно ценам, указанным в Международном справочнике цен на медицинские изделия (2015 г.).

**Результаты.** На основании базы данных о 774 детях с туберкулезом органов дыхания вычислены средние возраст и масса тела ребенка, заболевшего туберкулезом. Средний возраст составил 14,2 года, масса тела — 50,8 килограмм. Средняя стоимость диагностики латентного туберкулеза у одного ребенка составила 123,6 доллара США. Стоимость превентивного лечения латентного туберкулеза у одного ребенка при 6-месячном курсе изониазидом составила 151,1 доллара США, при 4-месячном курсе рифампицином — 134,2 доллара США, при 3-месячном курсе изониазидом и рифампицином — 100,6 доллара США. Общая стоимость диагностики и превентивного лечения одного случая латентного туберкулеза изониазидом в течение 6 мес составила 274,7 доллара США, рифампицином в течение 4 мес — 257,8 долларА США, изониазидом и рифампицином в течение 3 мес — 224,2 доллара США. Стоимость диагностики туберкулеза органов дыхания у одного ребенка составила 500,6 доллара США, а лечения — 3600,4 доллара США. Общая стоимость диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания у одного ребенка составила 4101,0 доллара США.

**Заключение.** Результаты проведенного исследования показывают, что у одного ребенка стоимость диагностики и превентивного лечения латентного туберкулеза в 14,9 – 15,9 – 18,3 раза ниже по сравнению со стоимостью диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания. Это с экономической точки зрения доказывает значимость профилактики туберкулеза у детей. Полученные результаты могут быть использованы для планирования объемов финансирования противотуберкулезных мероприятий среди детского населения Республики Беларусь.



## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ МОЛДОВЫ

Горбунова Г.Д.

*Государственный университет медицины и фармакологии имени Николая Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова*

**Актуальность.** Республика Молдова находится в топе стран, подверженных миграционным процессам. Более 25% экономически активных жителей страны находятся в трудовой миграции. Согласно данным Министерства здравоохранения Республики Молдова, на начало 2021 г. были зарегистрированы 29 186 детей с родителями, находящимися в трудовой миграции.

**Цель исследования.** Определение качества жизни (КЖ) детей трудовых мигрантов в разных аспектах их жизни: физическое функционирование (ФФ); эмоциональное функционирование (ЭФ); социальное функционирование (СФ); школьное/ролевое функционирование (ШФ).

**Пациенты и методы.** Проведен анализ качества жизни детей из семей трудовых мигрантов. В исследуемую группу были включены 70 детей разных возрастных групп: 5–7 лет (26,7%); 8–12 лет (40%); 13–18 лет (33,3%), из семей трудовых мигрантов, и их родители, оставшиеся в стране. В группу контроля вошли 70 детей соответствующего возраста: 5–7 лет (26,7%); 8–12 лет (40%); 13–18 лет (33,3%), не имеющих опыта трудовой миграции родителей, и их родители. Инструментом исследования стал опросник Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™ 4.0).

**Результаты.** Дети мигрантов всех возрастных групп во всех изучаемых аспектах имели очень низкий уровень КЖ (менее 70 баллов). Во всех возрастных группах детей мигрантов КЖ в аспекте физического функционирования имеет достоверно ( $p < 0,001$ ) более низкий уровень показателей по сравнению с детьми из контрольной группы. Наибольший уровень КЖ был у детей 5–7 лет, а наименьший у детей в возрасте 13–18 лет. Был выявлен очень низкий уровень КЖ детей мигрантов (от  $42,0 \pm 25,32$  до  $43,7 \pm 25,94$ ), который достоверно отличался ( $p < 0,001$ ) от среднего уровня КЖ детей из контрольной группы (от  $85,0 \pm 19,83$  до  $89,0 \pm 20,82$ ). Самые низкие показатели КЖ в эмоциональном аспекте у детей мигрантов 13–18 лет ( $42,0 \pm 25,32$ ) демонстрируют особенное эмоциональное, стрессовое состояние этих детей. Дети мигрантов имеют показатели очень низкого уровня КЖ в аспекте социального функционирования, которые достоверно отличались от среднего уровня КЖ детей из контрольной группы, что демонстрирует низкую способность к социальной адаптации детей после миграции родителей. Самые низкие показатели общего балла КЖ были выявлены в возрасте 13–18 лет, как в группе детей мигрантов ( $46,8 \pm 24,19$ ), так и в контрольной группе детей ( $82,7 \pm 19,57$ ). В то же время самые высокие показатели общего балла КЖ были выявлены в возрасте 5–7 лет, как в группе детей мигрантов ( $55,9 \pm 30,85$ ), так и у детей контрольной группы ( $85,9 \pm 23,70$ ).

**Заключение.** Одна из самых сложных медицинских, социальных, политических и экономических проблем, которым противостоит Молдова, это трудовая миграция. В настоящее время Республика Молдова находится в топе стран, подверженных миграционным процессам. Положительные и отрицательные эффекты миграции ощущают как мигранты, так и общество в целом, в том числе население, не вовлеченное в миграционные процессы: дети мигрантов и пожилые лица, ухаживающие за ними.

Представленные результаты являются убедительным фактом того, что дети мигрантов всех возрастных групп во всех изучаемых аспектах имели очень низкий уровень качества жизни (менее 70 баллов).

## СОВРЕМЕННОЕ ДЕТСТВО В РУКАХ ЦИФРОВОЙ ЭПОХИ. ТЕОРИЯ, ИССЛЕДОВАНИЕ В АРКТИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ. ВЗГЛЯД ПЕДИАТРА

Горелик Е.А.<sup>1</sup>, Малявская С.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> «Ненецкая окружная больница им. Р.И. Батмановой», Нарьян-Мар,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Архангельск, Российская Федерация

**Актуальность.** Информационные технологии прочно вошли в жизнь человека и вызвали изменения во всех сферах деятельности. Современное поколение детей начинает пользоваться гаджетами с самого раннего возраста. Тенденция к детской гаджет-зависимости нарастает, однако теме уделяется мало внимания.

**Цель исследования.** Узнать объективную картину пользования гаджетами среди детей; подтвердить гипотезу о склонности детей к раннему и чрезмерному пребыванию у экрана, что может быть причиной нарушений физического, психоречевого развития ребенка.

**Пациенты и методы.** Метод — анонимное анкетирование родителей. Пациенты: здоровые дети возрасте 2–3 лет и 6–7 лет, посещающие детские дошкольные учреждения общеобразовательного вида; дети 3–9 лет с задержкой психического и речевого развития, тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР), аутизмом, ДЦП, посещающие детские дошкольные учреждения и группы компенсирующего вида; дети 3–7 лет с патологией зрения.

**Результаты.** Ежедневно пребывают за гаджетами более 71,8% детей. Возраст введения устройств в жизнь ребенка: до 1 года в группах здоровых детей — 17,1%, с 1–3 лет — 58,9%, старше 3 лет — 22,4%; в группах компенсирующего вида до 1 года — 14,5%, с 1–3 лет — 47,7%, старше 3 лет — 37,8%, в группе детей с патологией зрения до 1 года — 6,4%, с 1–3 лет — 55,2%, старше 3 лет — 38,4%. Время у экрана составляет от 30 до 60 мин в день (от 24,3 до 51,7%) без значимой разницы в показателях между группами. Дети из компенсирующих групп играют в компьютерные игры больше (86,4%), чем группы здоровых детей (44,2%). Появление признаков гаджет-зависимости после выключения устройства более выражено в группах компенсирующего вида — от 45,3 до 57,5%, нежели в группах здоровых детей. Неправильная пищевая привычка в виде употребления еды за просмотром гаджетов выше в группах компенсирующего вида (54,7%), чем в группе здоровых детей (48,7%), у детей с заболеванием органа зрения — 19,2%. Выявлено, что 59,2% детей с патологией находятся под воздействием фоновой работы гаджетов, группа здоровых детей — 40,8%. Более 64,2% родителей согласны, что проблема гаджет-зависимости есть, из них 81% отметили, что принимают меры профилактики по предупреждению последствий гаджет-зависимости.

**Заключение.** Информационные технологии, предназначенные для взрослого человека, сегодня прочно заняли свое место среди детей самого раннего возраста, о чем говорят показатели ежедневного, раннего и длительного пребывания у экрана. Профилактические меры по предупреждению зависимости включают информирование родителей о минусах влияния раннего и чрезмерного пользования гаджетами на развитие ребенка, формирование осознанного и здорового подхода. Взаимодействие специалистов и родителей поможет вырастить подрастающее поколение здоровым и психологически свободным от зависимости.

## **ПРЕСНЯ: ТЕРРИТОРИЯ ИННОВАЦИЙ В ОХРАНЕ ДЕТСТВА И РАЙОН ПРОВЕДЕНИЯ ФОРУМОВ СОЮЗА ПЕДИАТРОВ РОССИИ**

**Горелова Л.Е.<sup>1</sup>, Шелкова В.Н.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»,  
Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница № 9  
им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы»,  
Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Инновации — ведущий фактор развития профилактического и лечебно-диагностического направлений в педиатрии, являющихся средствами реализации ее социальных задач в области охраны детства.

**Цель исследования.** Изучить развитие инновационных оздоровительных и лечебно-диагностических технологий для детей в Пресненском районе г. Москвы.

**Пациенты и методы.** Проведен историко-медицинский анализ деятельности медицинских, научных, образовательных, общественных организаций, органов власти, врачей и предпринимателей по внедрению передовых технологий в области охраны детства в XIX и XX вв. в районе проведения форумов Союза педиатров России.

**Результаты.** Развитие охраны детства в Пресненском районе проходило в уникальной социальной среде. С начала XIX в. Товарищество Прохоровской Трехгорной мануфактуры осуществляло охрану здоровья работников и членов их семей.

В Софийской детской больнице, ныне носящей имя Н.Ф. Филатова, разрабатывались уникальные методики лечения и реабилитации детей, обобщенные главным врачом Д.Е. Гороховым (1863–1921) в монографии «Детская хирургия» (1910–1916). Больница стала центром Московского Общества борьбы с детской смертностью и Пресненского Общества попечения об учащих детей. Они проводили научно-практическую разработку проблем школьного питания, санаторного лечения и оздоровления детей.

Трудами Г.Н. Сперанского (1873–1969) и сотрудников стационара «Дом грудного ребенка» (1912) район стал инновационной площадкой по апробации различных типов детских учреждений. Здесь работали амбулатория, молочная кухня, ясли, «убежище» для беременных и матерей с грудными детьми, были организованы патронаж и вакцинация детей в консультации.

Эти инновации получили широкое развитие в советский период. На Пресне трудились такие выдающиеся деятели охраны детства, как Ю.Ф. Домбровская, С.О. Дулицкий, Н.С. Назарова, Г.Е. Сухарева, Н.И. Озерцкий и многие другие.

**Заключение.** Район проведения конгрессов и съездов педиатров России исторически является территорией инноваций в охране детства. Форумы Союза педиатров России, проходящие на Пресне с 1994 г., продолжают традиции инновационного развития отечественной педиатрии.

## НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС УЧАЩИХСЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РОССИИ

Грицинская В. Л.

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

**Актуальность.** Распространенность расстройств питания детского населения оказывает негативное влияние на уровень здоровья населения в целом. По данным ВОЗ, Россия — страна с высоким приростом числа подростков, имеющих избыточную массу тела и ожирение.

**Цель исследования.** Оценить гармоничность физического развития школьников, проживающих в различных регионах Российской Федерации.

**Пациенты и методы.** Обследованы 5923 школьника (2697 мальчиков и 3226 девочек) в возрасте 7–16 лет во Всероссийском детском центре «Орленок». Нутритивный статус оценивался по соответствию массового индекса (ВМИ) нормативам WHO Growth Reference 2007. Выделены варианты нутритивного статуса: гармоничное физическое развитие (ГФР), дефицит массы тела (ДМТ), недостаточность питания (НП), избыточная масса тела (ИзМТ) и ожирение.

**Результаты.** У  $58,6 \pm 0,6\%$  было ГФР. Дисгармоничные варианты физического развития в равной мере были обусловлены как повышенным питанием (ИзМТ —  $13,9 \pm 0,4\%$ ; ожирение —  $5,8 \pm 0,4\%$ ), так и недостаточным питанием (ДМТ —  $11,3 \pm 0,4\%$ ; НП —  $10,5\%$ ). У девочек чаще, чем у мальчиков регистрировались ГФР ( $p = 0,0037$ ), ДМТ ( $p < 0,001$ ) и НП ( $p = 0,0053$ ). У мальчиков чаще, чем у сверстниц, регистрировались ИзМТ и ожирение ( $p < 0,001$ ). У девочек в возрастной группе 12–16 лет реже выявлено ожирение, чем у младших школьников ( $p = 0,0056$ ); различия в распространенности ИзМТ с возрастом не выявлено. НП чаще выявлялась у школьников из Южного и Уральского Федерального округа (ФО); ДМТ — у детей из Дальневосточного и Поволжского ФО; ИзМТ — у учащихся из Уральского, Сибирского, Центрального и Южного ФО. С ожирением школьников, приехавших из Уральского, Южного и Северо-Кавказского ФО, было больше, чем детей из других регионов страны.

**Заключение.** Мониторинг физического развития детей необходим для своевременного выявления негативного влияния на развивающийся организм биологических, географических, экологических и социальных факторов. В проведенном нами пилотном исследовании выявлена высокая распространенность дисгармоничных вариантов физического развития, связанных как с дефицитным, так и повышенным питанием, что является предпосылкой для более глубокого анализа причин и разработки региональных профилактических программ.



## ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ НЕЙРОНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ И БЕЛКА S-100 У НОВОРОЖДЕННЫХ С СУДОРОГАМИ

Гурбанова Г.М.<sup>1</sup>, Мамедбейли А.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей имени А. Алиева, Баку, Азербайджанская Республика

<sup>2</sup> Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика

**Актуальность.** Неонатальные судороги являются наиболее тяжелыми неврологическими осложнениями у новорожденных. Определение нейропептидов в сыворотке крови дают ценную информацию о степени выраженности повреждений нейронов и нарушениях общей целостности гематоэнцефалического барьера.

**Цель исследования.** Изучение содержания нейронспецифической енолазы (NSE) и белка S-100 в сыворотке крови у доношенных детей с неонатальными судорогами.

**Пациенты и методы.** Проведено исследование 59 доношенных новорожденных с судорогами. Контрольную группу составили 25 условно здоровых новорожденных. С целью диагностики структурных церебральных поражений проводилось нейросонографическое, электроэнцефалографическое исследование. Определение содержания NSE, S-100 выполняли стандартным методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием диагностических тест-систем производства «Вектор-Бест» (Новосибирск).

**Результаты.** Доношенные новорожденные в 47,3% случаев при рождении на 1-й мин оценивались в 6–7 баллов, в 14,5% — в 4–5 баллов, в 33,6% случаев — 0–3 балла. Согласно нейросонографическим исследованиям отек мозга регистрировался у 19 (32,2%), вентрикуломегалия — у 9 (15,2%), вентрикулит — у 10 (16,9%), внутрижелудочковые кровоизлияния — у 8 (13,5%) новорожденных. В результате электроэнцефалографических исследований было выявлено, что в большинстве случаев — у 17 (28,9%) новорожденных — отмечался полиморфный характер судорог, т.е. сочетание различных видов судорог. Анализ концентрации нейропептидов выявил, что уровень S-100 у новорожденных с судорогами был достоверно выше в 3,7 раза ( $F = 12,8$ ;  $\chi^2 = 11,2$ ;  $p < 0,001$ ); NSE — в 3 раза ( $F = 38,8$ ;  $\chi^2 = 29,4$ ;  $p < 0,001$ ) по сравнению со здоровыми новорожденными. Прямая средней силы корреляционная связь отмечалась между нейропептидами и морфологическими изменениями ЦНС (внутрижелудочковыми кровоизлияниями, церебральной ишемией, вентрикулитом, вентрикуломегалией). Отрицательная связь выявлена между экспрессией NSE, S-100 и низкой оценкой по шкале APGAR при рождении ( $\tau = -0,186^{**}$ ,  $p = 0,001$ ), С-реактивного белка ( $\tau = -0,133^{**}$ ,  $p = 0,029$ ), мультиорганной дисфункцией ( $\tau = -0,132^{**}$ ,  $p = 0,032$ ).

**Заключение.** Повышение уровня NSE, S-100 в сыворотке крови у доношенных детей характеризует степень поражения ЦНС и дает возможность использовать их как предикторы неврологического исхода. Таким образом, комплексный подход, включающий клинические, эходоплерографические, электроэнцефалографические, нейроиммунохимические исследования у новорожденных с судорогами позволяет своевременно прогнозировать, оценивать тяжесть поражения ЦНС и проводить раннюю коррекцию.





## АНАЛИЗ РАБОТЫ НОВОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БУЗОО «ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» Г. ОМСКА ЗА 2021 ГОД

Дакуко А.Н., Кунгурцева А.Г., Каук А.В., Деревянко О.С., Соколова Е.С.

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

**Актуальность.** На протяжении многих лет детей, подростков, лиц молодого возраста традиционно относили к группе низкого риска сердечно-сосудистых заболеваний. Но за последние 7 лет в Российской Федерации в 2,1 раза возросла частота патологии органов кровообращения среди детей до 18 лет. Среди факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у детей и подростков преобладают гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, избыточная масса тела и ожирение, гипергликемия, низкая физическая активность, а особенности растущего организма делают влияние этих факторов еще более выраженным. В связи с этим возрастает и значимость кардиологической службы для оказания высококвалифицированной помощи детскому населению. На территории Омской области стационарная помощь областному детскому населению оказывается на базе Областной клинической больницы (ОДКБ). Ранее кардиологическая помощь детям (10 коек) оказывалась в структуре эндокринологического отделения, но в связи с высокой потребностью в январе 2021 г. в ОДКБ г. Омска было создано новое педиатрическое отделение для госпитализации пациентов кардиологического и педиатрического профиля.

**Цель исследования.** Провести анализ работы нового педиатрического отделения Областной клинической больницы г. Омска за 2021 г.

**Пациенты и методы.** Было проанализировано 562 истории болезни детей, находившихся на госпитализации в педиатрическом отделении в 2021 г. Оценивались пол, возраст госпитализированных детей, проведенное количество койко-дней в стационаре, профиль оказания помощи, исходы госпитализации. Для математической и статистической обработки данных использовались таблицы Excel 2016 г.

**Результаты.** В 2021 г. в новом педиатрическом отделении БУЗОО ОДКБ было 562 госпитализации, из них 76 оказались повторными (13,5%). На долю областного населения пришлось 86,3% госпитализаций, 13,7% госпитализированных — городские жители. Среди госпитализированных детей преобладали мальчики — 53,6%, девочек было 46,4%. Возрастные особенности госпитализированных: 9,8% — дети до года, 5,5% — дети 1–3 лет, 5,5% — дети 4–6 лет, 17,1% — дети 7–11 лет, 62,1% — дети 12–17 лет. Медиана возраста у детей до года составила 5 мес [1 мес; 11 мес], медиана возраста у детей старше года — 9 лет [1 год; 17 лет]. Количество проведенных койко-дней среди госпитализированных было весьма переменчивым — от 1 до 38, средняя продолжительность госпитализации составила 11,7 койко-дней. Распределение пациентов по профилю оказания помощи было следующим: кардиологический профиль — 70,1%, педиатрический профиль — 29,9%. В структуре заболеваний у детей, госпитализированных на педиатрические койки, преобладали следующие нозологии: 36% — эссенциальная артериальная гипертензия; 35,8% — нарушения сердечного ритма (дисфункция синусового узла, АВ-блокады, экстрасистолии, синдром WPW, пароксизмальные тахикардии); 20,1% — врожденные пороки сердца (из них на долю ранее оперированных ВПС приходится 48%); 3,6% — кардиомиопатии; 2,7% — малые аномалии развития сердца; 1,8% — воспалительные заболевания сердца. В структуре заболеваний у детей, госпитализированных на педиатрические койки, преобладали следующие нозологии: железодефицитная анемия тяжелой и средней степени тяжести — 40,1%, при этом 16 детям (23%) потребовалось проведение инъекционной ферротерапии; 17,3% — вегетативная дистония; 10,7% — перинатальное поражение ЦНС; 6,55% — белково-энергетическая недостаточность; 4,2% — функциональные нарушения ЖКТ; 3,6% — ревматологические заболевания (СКВ, склеродермия, ревматоидный артрит); 2,4% — инфекция мочевых путей; 15,2% другие, достаточно разрозненные, заболевания (нарушения обмена веществ, аномалии развития ЖКТ и мочевой системы, аллергические заболевания, неврологическая патология). Исходы госпитализации были преимущественно удовлетворительными у 97,5% детей (улучшение и выздоровление), 13 детей (3,3%) были направлены в федеральный центр г. Томска (НИИ кардиологии) для оказания ВМП (оперативное лечение ВПС и НСР), 1 случай закончился летальным исходом (легочное кровотечение у ребенка с неоперабельным ВПС (единственный желудочек сердца), осложненным высокой прогрессирующей легочной гипертензией).

**Заключение.** Анализ работы нового педиатрического отделения БУЗОО ОДКБ г. Омска за 2021 г. показал, что потребность в оказании кардиологической помощи детскому населению Омской области велика (70,1% всех госпитализированных). При этом необходимость стационарной помощи максимальна у лиц подросткового возраста (дети 12–17 лет) — 62,1%. В ходе исследования у госпитализированных в отделение детей и подростков было выявлено преобладание таких заболеваний, как артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма, железодефицитная анемия, развитие и прогрессирование которых напрямую зависят от образа жизни и питания, своевременной диагностики и качественной профилактики. Полученные удовлетворительные результаты госпитализации у 97,5% детей отражают высококвалифицированную и слаженную работу всего коллектива педиатрического отделения и позволяют отделению иметь право на дальнейшее оказание помощи детскому населению Омской области.

## ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НОВОРОЖДЕННЫМ В ОМСКОМ ОБЛАСТНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Дворжецкая О.В.<sup>1</sup>, Белкова Т.Н.<sup>2</sup>, Ходинская А.В.<sup>1</sup>, Романко Н.В.<sup>1</sup>,  
Маначкина Ю.В.<sup>1</sup>, Кайгородцева А.А.<sup>1</sup>, Воронкова М.А.<sup>1</sup>, Проскуракова И.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> БУЗОО «Областная клиническая больница» перинатальный центр,  
Омск, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»  
Минздрав России, Омск, Российская Федерация

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем современного здравоохранения является развитие перинатальной медицины и неонатологии и, в частности, предупреждение невынашиваемости, организация выхаживания преждевременно родившихся детей. Внедрение достижений науки в педиатрическую практику и прогресс медицинских технологий позволяют в настоящее время выхаживать детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) при рождении. Однако снижение летальности детей этой группы сопровождается ростом частоты отдаленных осложнений, инвалидизации. Поэтому основной задачей следует считать профилактику невынашивания, совершенствование методов интенсивной терапии с первых часов жизни и улучшения работы специализированных перинатальных центров, в том числе активное внедрение методов восстановительного лечения новорожденным.

С июля 2009 г. и по настоящее время в Омске организована работа педиатрического блока перинатального центра БУЗОО «ОКБ», включая отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (второй этап выхаживания).

**Цель исследования.** Оценить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий новорожденным в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (второй этап выхаживания) (ОПН) областного перинатального центра, исходы лечения детей.

**Пациенты и методы.** За десять лет в ОПН пролечено 3483 ребенка, из них недоношенных — 1602 (46%), при этом детей с ЭНМТ — 206 чел. (5,9%), с ОНМТ — 327 (9,4%). В целом глубоконедоношенные новорожденные составили 533 чел. (15,3%). Использовались методы описательной статистики.

**Результаты.** Ведущее место в структуре заболеваний новорожденных детей занимали перинатальные повреждения центральной нервной системы гипоксически-ишемического, постгеморрагического, токсикометаболического, инфекционного генезов (37–39%). Для уточнения диагноза использовались современные методы диагностики: методы нейровизуализации (нейросонография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, электроэнцефалография); биохимические, иммуноферментный анализ, метод полимеразной цепной реакции, люмбальная пункция. В лечении детей с поражением ЦНС учитывались современные подходы: поддержание адекватной оксигенации, коррекция гипогликемии, антиоксидантная терапия, по необходимости — нейротропные препараты после второй недели жизни. Среди немедикаментозных методов лечения новорожденных использовались физиотерапия и специальный массаж: электрофорез лекарственных препаратов, светотерапия аппаратом «Биоптрон», специальные фиксирующие укладки. Проводилось лечение методом «сухой иммерсии» на кровати «Сатурн» в среднем ежегодно 270–300 пациентам.

В динамике за период 2010–2020 гг. увеличилось количество детей, родившихся преждевременно (с 7,4 до 8,7%), включая детей с ОНМТ и ЭНМТ при рождении, прошедших реабилитацию на втором этапе выхаживания (с 10 до 18,2%). При развитии у них бронхолегочной дисплазии (1,6–1,9%) проводилось мониторинг витальных функций, оценка сатурации, ингаляционная терапия препаратами глюкокортикостероидов. Выявляемость ретинопатий у недоношенных выросла: в 2015 г. — 19 детей (15,6%), в 2016 г. — 22 ребенка (16%), в 2017 г. — 21 (21%), в 2018 г. — 23 (18%), в 2019 г. — 22 (17%), в 2020 г. — 35 (22%), по поводу чего пациенты получали консервативное лечение. В коррекции ретинопатии с помощью транспупиллярной и транссклеральной коагуляции сетчатки нуждались 19 пациентов (2015 г. — 2; 2016 г. — 2; 2017 г. — 2; 2018 г. — 3; 2019 г. — 5; 2020 г. — 5 детей).

К 2017–2020 гг. отмечался довольно высокий показатель исключительно грудного и смешанного вскармливания (до 68%) с обогащением белково-витаминно-минеральными фортификаторами, что соответствовало внедрению политики поощрения грудного вскармливания в отделении. Более 88% детей выписались домой в удовлетворительном состоянии, в то же время около 10% детей нуждались в переводе в специализированные отделения других больниц.

**Заключение.** Итогом работы отделения явился показатель совместного пребывания новорожденных и матерей в палате «мать-дитя» (66–69%), что привело к повышению показателя исключительно грудного и смешанного вскармливания, отсутствию заболеваний гнойно-септической инфекции среди новорожденных. Приоритетными направлениями работы неонатальной службы явились совершенствование современных технологий выхаживания детей различных сроков гестации в соответствие с медико-экономическими стандартами, включая детей с ЭНМТ и ОНМТ; выполнение мероприятий по комплексной реабилитации и реабилитации новорожденных в условиях второго этапа выхаживания; функциональное взаимодействие специалистов разного профиля (неонатологов, акушеров-гинекологов, генетиков, офтальмологов, неврологов и нейрохирургов, кардиохирургов, детских хирургов).

## ОСОБЕННОСТИ МАНИФЕСТАЦИИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Девлетбиева М.Р., Балашова Е.А.

*Самарский государственный медицинский университет,  
Самара, Российская Федерация*

**Актуальность.** Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) остается наиболее частой онкологической патологией в детском возрасте. Выявление наиболее характерных симптомов на начальных этапах ОЛЛ играет ключевую роль в оптимизации ведения таких пациентов.

**Цель исследования.** Проанализировать комплекс клинико-лабораторных проявлений у детей с впервые выявленным ОЛЛ.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с ОЛЛ, впервые поступивших в онкогематологическое отделение ГБУЗ СОДКБ им. Н.Н. Ивановой в период 2017–2019 гг. В исследование включено 37 детей, средний возраст — 6,5 года (мальчики — 56,8%). Преобладал В-линейный вариант, только у 4 детей (10,8%) был Т-клеточный лейкоз. Средняя продолжительность заболевания до поступления — 22,6 дня.

**Результаты.** Наиболее частой жалобой на момент поступления были изменения в ОАК — 97,3%, нарушение общего самочувствия — 94,6% и лихорадка — 86,5%. В клинике ожидаемо преобладали симптомы костномозговой недостаточности: анемический синдром — 94,6%, кожный геморрагический синдром — 51,4%. По результатам УЗИ увеличение печени и селезенки встречались одинаково часто — 75,5%, их комбинация — в 64,9% случаев, увеличение лимфоузлов любой локализации — в 40,5% случаев. Комбинация 5 опорных симптомов, подозрительных в отношении ОЛЛ, выявлена у 24,3% детей, 4 симптома — у 35,1%. Всего в 2 случаях (5,4%) у пациентов было только 2 симптома. В ОАК у большинства пациентов обнаружены типичные для ОЛЛ изменения: нормохромная нормоцитарная анемия (75,7%), тромбоцитопения (67,5%), лейкоцитоз (54,1%). Бласты в ОАК выявлены у 86,5% пациентов. Большинство детей были направлены врачами: 35,1% — участковым педиатром, 24,3% — узким специалистом, 13,5% доставлены бригадой СМП. Четверть пациентов поступили самотеком. Несмотря на типичную лабораторную и клиническую картину, лейкоз в качестве направительного диагноза установлен у 43,2% детей.

**Заключение.** Для большинства пациентов на момент манифестации характерны классические симптомы ОЛЛ с наличием более чем у половины 4 и более типичных клинических проявлений, всех лабораторных признаков — у трети пациентов, бластных клеток в ОАК — у абсолютного большинства. Выявлена низкая настороженность врачей в отношении ОЛЛ, особенно специалистов узкого профиля.

## ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Девялтовская М.Г., Козловский Д.А., Никитченко Д.Ю., Крамко Д.А.

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

**Актуальность.** В структуре заболеваемости недоношенных новорожденных до 12% (Гнедько Т.В., 2021) занимает инфекционная патология, развитию которой способствует незрелость иммунной системы.

**Цель исследования.** Оценить показатели клеточного звена иммунитета недоношенных детей, родившихся в сроке гестации 24–32 нед.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 34 ребенка, у которых проведен анализ показателей клеточного звена иммунитета. Средний гестационный возраст при рождении детей составил  $28,4 \pm 2,2$  нед. Пациенты обследовались в возрасте 3 мес.

**Результаты.** При исследовании показателей клеточного звена иммунитета выявлено, что абсолютное число Т-лимфоцитов снижено у 29% младенцев, повышено — у 12%, находится в пределах нормы — у 59% недоношенных детей. Количество Т-хелперов/индукторов снижено в 38% случаев, повышено — в 9%, находится в пределах нормы — в 53% случаев. Число цитотоксических клеток снижено у 15% детей, повышено — у 18%, находится в пределах нормы — у 67% пациентов. Абсолютное число В-лимфоцитов повышено у 85% пациентов, у 15% находится в пределах нормы. Уровень естественных киллеров снижен у 62%, находится в пределах нормы — у 38% пациентов.

**Заключение.** Для 3-месячных детей, родившихся в сроке гестации 24–32 нед, характерны изменения клеточного звена иммунитета: повышение количества В-лимфоцитов, снижение уровня естественных киллеров, что требует динамического контроля показателей иммунограммы. Оценка показателей клеточного звена иммунитета детей позволяет оптимизировать подходы к лечению и профилактике инфекционно-воспалительных заболеваний у недоношенных детей.

## ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ДЕЛЬТА-ШТАММОМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Демяненко А.Н., Алимова И.Л., Агеев А.В., Безрученкова А.В.

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

**Актуальность.** В условиях пандемии COVID-19 наиболее уязвимыми оказались пациенты с сахарным диабетом (СД). В литературе представлены данные о течении СД на фоне COVID-19 преимущественно у взрослых пациентов. Отдельный интерес представляют особенности дебюта СД 1-го типа у детей в условиях COVID-19 (дельта-штамм) ввиду широкого распространения данного штамма в настоящее время.

**Цель исследования.** Изучить особенности дебюта СД 1-го типа у детей в период неблагоприятной эпидемиологической ситуации, вызванной дельта-штаммом новой коронавирусной инфекции COVID-19

**Пациенты и методы.** Обследованы 82 пациента с впервые выявленным СД 1-го типа в возрасте от 1 года до 17 лет (8,5 [5,6–11,0]), госпитализированных в период пандемии COVID-19. Пациенты были распределены на 2 группы: 1-я — пациенты с дебютом СД 1-го типа в период распространения дельта-штамма ( $n = 39$ ), 2-я — пациенты с дебютом СД 1-го типа в период распространения бета-штамма COVID-19 ( $n = 43$ ). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 7.0 (StatSoft, 2009). Результаты представлены в виде медианы, 25-го и 75-го перцентилей (Me [25; 75]).

**Результаты.** Пациенты обеих групп были сопоставимы ( $p > 0,05$ ) по возрасту (1-я группа — 9 лет [5; 11], 2-я группа — 8 лет [7; 10]), полу (1-я группа: мужчины — 16 (41%), женщины — 23 (59%); 2-я группа: мужчины — 25 (58%), женщины — 18 (42%)), уровню гликемии (1-я группа — 19,6 ммоль/л [15,5; 25,7], 2-я группа — 20,9 ммоль/л [16,5; 25,7]) и уровню гликированного гемоглобина в дебюте заболевания (1-я группа — 12,7% [11,7; 13,9], 2-я группа — 12,0% [10,9; 13,5]). Симптомы ОРВИ отмечались с одинаковой частотой в обеих группах (9 (23%) и 16 (37%),  $p > 0,05$ ), однако у 3 (8%) пациентов 1-й группы выявлена РНК вируса SARS-CoV-2 и у 3 (8%) IgG к SARS-CoV-2, тогда как во 2-й группе лишь у 2 (4%) выявлены IgG и IgM к SARS-CoV-2. Кетоацидоз в дебюте заболевания чаще диагностировался у пациентов 1-й группы (33 (85%) и 27 (63%) соответственно,  $p = 0,044$ ). В период нахождения в стационаре пациентам проводилось лечение согласно клиническим рекомендациям, диетотерапия с подсчетом хлебных единиц. Дети и их родители прошли обучение в Школе диабета, но целевых показателей гликемии удалось достичь лишь 20 (51%) пациентам 1-й группы, тогда как пациенты 2-й группы чаще достигали целевых значений гликемии (32 (74%),  $p = 0,030$ ).

**Заключение.** Таким образом, в период неблагоприятной эпидемиологической ситуации, вызванной дельта-штаммом новой коронавирусной инфекции COVID-19, у детей в дебюте сахарного диабета 1-го типа чаще отмечается кетоацидоз, пациенты хуже достигают целевых показателей гликемии, компенсации заболевания, что необходимо учитывать при ведении пациентов и дальнейшем амбулаторном наблюдении.



## ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОПУХОЛЯМИ СЕМЕЙСТВА САРКОМЫ ЮИНГА ВЫСОКОГО РИСКА

Долгополов И.С., Рыков М.Ю., Менткевич Г.Л.

*Тверской государственной медицинской университет  
Минздрава России, Тверь, Российская Федерация*

**Актуальность.** Несмотря на прогресс в лечении локализованных опухолей семейства саркомы Юинга (ОССЮ), результаты терапии пациентов с поражением аксиального скелета, диссеминированной формой и особенно с рецидивами остаются крайне неудовлетворительными. Высокодозная химиотерапия (ВХТ) с аутотрансплантацией гемопоэтических стволовых клеток (АТГСК) широко используется в этой группе пациентов для преодоления неблагоприятных биологических, клинических факторов и увеличения безрецидивной выживаемости.

**Цель исследования.** Повышение выживаемости детей с саркомой Юинга.

73 пациента (М/Д — 42/31) с ОССЮ высокого риска получили ВХТ. У 63 пациентов диагностирована первичная опухоль (локализованная — 37 (59%), метастатическая — 26 (41%) (только легочные метастазы — 10 (38%), комбинированные метастазы — 16)) и у 10 пациентов был диагностирован рецидив (5 с метастатическим и 5 с локализованным рецидивом). Средний объем первичной опухоли составил 739 см<sup>3</sup>. Для первичных пациентов программа ХТ состояла из 5 циклов: циклы 1, 3 и 5 включали циклофосфамид 2100 мг/м<sup>2</sup> в день в 1-й, 2-й дни, доксорубин 37,5 мг/м<sup>2</sup> в виде 24-часовой инфузии в 1-й, 2-й дни и винкристин 1,5 мг/м<sup>2</sup> в 1, 8 и 15-й дни. Циклы 2 и 4 состояли из ифосфамида 2400 мг/м<sup>2</sup>/сут в 1–5-й дни и VP-16 100 мг/м<sup>2</sup>/сут в 1–5-й дни. Между циклами Г-КСФ регулярно не вводился. ЛТ на первичную опухоль проводилась после пятого цикла ХТ в средней дозе 52 Гр (диапазон 50–56 Гр). Пациенты с поражением легких получали облучение легких после второго цикла ХТ в дозе 10,8–12 Гр. Для лечения рецидивов использовались персонализированные протоколы лечения. Кондиционирование, включающее Bu/Mel (16 мг/кг/140 мг/м<sup>2</sup>), Bu/Mel/VP (16 мг/кг/140 мг/м<sup>2</sup>/1400 мг/м<sup>2</sup>), Bu/Mel/ТТ (16 мг/кг/140 мг/м<sup>2</sup>/600–900 мг/м<sup>2</sup>) и Treo-Mel (36 000 мг/м<sup>2</sup>–140 мг/м<sup>2</sup>), получили 28 (38%), 24 (33%), 20 (27%) и 1 (2%) пациент соответственно. Периферические стволовые клетки были трансплантированы в 92% случаев. В 2% трансплантация проводилась с помощью клеток костного мозга, и в 6% случаев эти источники комбинировались.

**Пациенты и методы.** Среднее количество трансплантированных клеток составило 6,4 (1,9–25,3) × 10<sup>6</sup> CD34+ клеток/кг. Все пациенты восстановили гемопоэз. Среднее количество дней до уровня лейкоцитов > 1,0 × 10<sup>9</sup>/л и тромбоцитов > 20 × 10<sup>9</sup>/л составило 10 (8–26) и 15 (7–71) соответственно. Трансплантационная летальность в первые 30 дней и 100 дней составляла 6,7 и 14,5% соответственно. Основной причиной гибели пациентов явилась инфекция (67%). Средний срок наблюдения составил 8,2 года. Общая (ОВ) и бессобытийная (БСВ) 5-летняя выживаемость составили 49 и 48% среди всех пациентов, включенных в анализ. Пятилетняя БСВ у пациентов с первичной локализованной ОССЮ составила 55% против 36% при наличии метастазов. Пациенты с изолированными метастазами в легкие имели лучшую 5-летнюю БСВ, чем пациенты с комбинированными метастазами (40% против 15%). Шесть из 10 пациентов с рецидивирующей ОССЮ прожили более 5 лет (3 из них без рецидива заболевания). У одного пациента развился вторичный ОМЛ через 3,5 года после ВХТ, и он получил аллогенную гаплоидентичную трансплантацию от матери.

**Результаты.** ВХТ с последующей АТГСК остается привлекательной опцией для пациентов с ОССЮ высокого риска, в первую очередь с локализованными опухолями и изолированным метастатическим поражением легких. Относительно высокая летальность, вероятно, связанная с ранее полученной интенсивной ЛТ, не оказала негативного влияния на результаты ВХТ в целом при анализе долгосрочной ОВ и БСВ, но изменила структуру причин смерти пациентов.



## ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

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

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

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

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

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование учеников 1-х классов — 140 человек и 9–11-х классов — 204 человека для выявления интенсивности использования различных ЭСО и динамики частоты встречаемости заболеваний глаза и его придаточного аппарата в период школьного обучения. 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.** Анкетирование показало, что первоклассники широко используют ЭСО. Чаще — компьютер, реже — планшет и ноутбук. По сравнению с первоклассниками старшеклассники в 2,7 раза больше тратят времени на использование ЭСО ( $p = 0,044$ ). Наиболее часто подростки 9–11-х классов при обучении используют компьютер, значительно реже пользуются ноутбуком ( $p < 0,05$ ) и планшетом ( $p < 0,001$ ). Офтальмологическое обследование школьников показало, что за период школьного обучения (к 9–11 классам) в 2,1 раза увеличивается число детей с миопией ( $p = 0,0098$ ), в 2,5 раза увеличивается частота астигматизма, в 1,4 раза — частота нарушений аккомодации.

**Заключение.** Увеличение к старшим классам обучения частоты встречаемости болезней глаза и его придаточного аппарата при удлинении времени использования электронных средств обучения в учебном процессе свидетельствует о том, что использование различных цифровых устройств является фактором риска развития нарушений зрения у школьников.

## **ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА УРОВЕНЬ НЕЙРОНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ У ДЕТЕЙ I–II ГРУПП ЗДОРОВЬЯ**

**Домбаян С.Х., Панова И.В.**

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

**Актуальность.** Нейронспецифическая енолаза (НСЕ) — внутриклеточный фермент, встречается во всех тканях и органах человека, выполняет ряд важнейших функций: ферментативную, рецепторную, регуляторную, транспортную.

**Цель исследования.** Оценить изменения уровня нейронспецифической енолазы (НСЕ) у детей I–II групп здоровья в возрасте 8–14 лет в зависимости от фактора половой принадлежности и показателей физического развития.

**Пациенты и методы.** Обследованы 28 детей 8–14 лет I–II групп здоровья. 8 детей имели средние показатели физического развития (1-я группа), 10 — выше среднего (2-я группа), 4 ребенка — высокие показатели физического развития (3-я группа) и 6 детей — очень высокие показатели физического развития (4-я группа). Исследование НСЕ в сыворотке крови пациентов определяли методом иммуноферментного анализа наборами фирмы CanAg Diagnostics (Швеция).

**Результаты.** Выявлены наименьшие значения НСЕ: 7,175 (7,1–7,35) мкг/л, 10 (9,65–10,225) мкг/л, 9,64 (9–11,37) мкг/л, 11,2 (11,2–11,95) мкг/л в 4, 1, 2, 3-й группах соответственно ( $p \leq 0,01$ ). Также установлены более высокие значения показателя у мальчиков в сравнении с девочками: 9,65 (8,96–11,2) мкг/л и 9,0 (7,8–10,0) мкг/л соответственно ( $p \leq 0,05$ ) и наличие прямой корреляции между изменениями НСЕ и ИМТ у мальчиков ( $r = 0,5$ ;  $p \leq 0,05$ ).

**Заключение.** Выявлены наименьшие показатели уровня НСЕ в крови у детей с очень высокими показателями физического развития. Доказанная прямая корреляция между НСЕ и ИМТ у мальчиков, что указывает на зависимость изменений НСЕ от фактора половой принадлежности.



## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ ХМАО — ЮГРЫ ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА (2012 ПО 2021 Г.)

Донникова Н.А., Мещеряков В.В.

*БУ «Сургутская городская клиническая больница», Сургут, Российская Федерация  
БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут, Российская Федерация*

**Актуальность.** Исследование эпидемиологических особенностей муковисцидоза (МВ) у детей на территории ХМАО с помощью регионального регистра имеет важное практическое значение в улучшении организации специализированной медицинской помощи пациентам.

**Цель исследования.** Выявление основных эпидемиологических показателей МВ в динамике у детей ХМАО по данным регионального регистра в условиях внедрения массового неонатального скрининга МВ.

**Пациенты и методы.** Проведено сплошное когортное ретроспективное исследование — анализ клинико-эпидемиологических показателей МВ на территории ХМАО — Югры за период ведения регистра заболевания (2012–2021 гг.). Оценивалась динамика заболеваемости, распространенности, смертности, среднего-годовалые уровни этих показателей и их прирост (убыль), динамика гендерно-возрастной структуры, среднего возраста пациентов и среднего возраста постановки диагноза с 2012 до 2021 г.

**Результаты.** Были рассчитаны средне-многолетние показатели: 1) числа пациентов с МВ (48,6); 2) числа вновь выявленных случаев (2,9); 3) числа умерших от МВ (0,14); 4) распространенности на 100 тыс. населения (3,00); 5) заболеваемости (0,18); 6) частоты МВ (1 : 9025); 7) смертности на 100 тыс. населения (0,009). Выявлен факт значительных колебаний частоты рождения детей с МВ в разрезе каждого года (от 0,0 в 2014-м до 1 случая на 5560 живорожденных в 2012 г.). Вероятно, это связано с относительно малым числом новорожденных на отдельно взятой территории и редкостью самого заболевания.

Показатель частоты МВ соответствует таковому в Российской Федерации. За период ведения регистра был один случай летального исхода от МВ в 2012 г. у подростка. Среди детей с МВ 0–14 лет летальных исходов не было. Также были установлены положительные сильные связи между рождаемостью в регионах УрФО и распространенностью МВ ( $r = 0,80$ ), удельным весом детей в структуре населения и распространенностью МВ ( $r = 0,70$ ;  $< 0,05$  в обоих случаях методом ранговой корреляции).

**Заключение.** В ХМАО — Югре, в сравнении с другими субъектами УрФО, установлен наиболее высокий уровень распространенности МВ, в первую очередь — среди детей 0–14 лет, что связано с наиболее высоким уровнем рождаемости на этой территории и эффектом «накопления» больных в когорте детей. Установленные нами эпидемиологические показатели МВ в Югре могут быть использованы при планировании ресурсов здравоохранения для оказания медицинской помощи больным МВ на территории округа.

## К ВОПРОСУ АЛЬБИНИЗМА В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Доркина И.Л.<sup>1</sup>, Ашихмина Е.П.<sup>2</sup>, Измайлова А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер»,  
Тюмень, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России, Тюмень,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Учитывая определенную вероятность сочетания альбинизма и поражения органа зрения с нарушением фагоцитарного звена иммунитета (синдром Чедиака – Хигаси), встает вопрос о необходимости изучения данной категории пациентов с мультидисциплинарной точки зрения. В доступной научной литературе мы не нашли работ, посвященных мультидисциплинарному подходу к диагностике данных пациентов с позиции офтальмологов, дерматологов, педиатров.

**Цель исследования.** Провести пилотное исследование клинико-статистического анализа детей с альбинизмом, проживающих в Тюменском регионе, с позиции офтальмолога и педиатра.

**Пациенты и методы.** Ретроспективно проведен анализ 33 медицинских карт пациентов с врожденной патологией органа зрения, альбинизмом, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер».

**Результаты.** По данным нашего исследования, мальчиков 20 (60,6%), девочек — 13 (39,4%). Медиана возраста указанной группы пациентов составляет 9,8 года (1 мес; 18 лет). Глазокожная форма заболевания выявлена у 27 (81,8%), изолированная глазная форма — у 6 (18,2%) пациентов. Офтальмологическая патология заключалась в следующем. Горизонтальный нистагм диагностируется в 100% случаев. Трансиллюминация радужки отмечена у 25 (75,8%) пациентов, из которых 15 мальчиков (60%) и 10 девочек (40%). Имеют косоглазие 18 (54,5%) пациентов, из них 10 (55,6%) мальчиков и 8 (44,4%) девочек. При этом расходящееся косоглазие у 10 пациентов (4 (40%) мальчика, 6 (60%) девочек), сходящееся косоглазие — у 8 пациентов (6 (75%) мальчиков, 2 (25%) девочки). Соответственно не имеют косоглазия 15 (45,5%) пациентов, из них 10 мальчиков (66,7%), 5 девочек (33,3%). Все пациенты имеют снижение остроты зрения на оба глаза. Нарушение рефракции: гиперметропия у 27 пациентов (81,8%), миопия у 6 пациентов (18,2%).

**Заключение.** Результаты нашего исследования показали преобладание глазокожной формы заболевания (81,8%), в структуре офтальмологической патологии нистагм выявлен в 100% наблюдений, трансиллюминация радужки — в (75,8%), косоглазие — в 54,5% наблюдений. Необходимо дальнейшее исследование данной категории пациентов с позиции коморбидности.

## ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АНИРИДИЕЙ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Доркина И.Л.<sup>1</sup>, Лебедева К.А.<sup>2</sup>, Сусоева М.Е.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер»,  
Тюмень, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России,  
Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** В связи с тем, что при врожденной аниридии могут наблюдаться наследственные синдромы, включающие в себя полиорганные поражения и врожденные аномалии, ассоциированные с мутациями и хромосомными перестройками, вовлекающими как локус гена PAX6, так и другие гены, встает вопрос о необходимости изучения данной категории пациентов с мультидисциплинарной точки зрения. В доступной научной литературе мы не нашли работ, посвященных мультидисциплинарному подходу к диагностике данных пациентов с позиции офтальмолога и педиатра.

**Цель исследования.** Провести пилотное исследование клинико-статистического анализа детей с аниридией, проживающих в Тюменском регионе с позиции офтальмолога и педиатра.

**Пациенты и методы.** Ретроспективно проведен анализ 10 медицинских карт пациентов с врожденной патологией органа зрения, аниридией, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер».

**Результаты.** По данным нашего исследования, мальчиков 1 (10%), девочек — 9 (90%). Медиана возраста указанной группы пациентов составляет 4,5 лет (10 мес; 16 лет). Изолированная врожденная аниридия — у 10 (100%) пациентов. Офтальмологическая патология заключалась в следующем. Полная аниридия выявлена у 8 пациентов (80%), из которых 8 девочек (100%). Неполная аниридия — у 2 пациентов (20%), из которых 1 девочка (50%) и 1 мальчик (50%). Горизонтальный нистагм — у 5 пациентов (50%), из которых 5 девочек (100%). Бессосудистый паннус роговицы — у 3 пациентов (30%), из которых 1 мальчик (10%) и 2 девочки (90%). Изменение диска зрительного нерва наблюдалось у 5 пациентов (50%), из которых 5 девочек (100%). Косоглазие имеют 5 детей (50%), из которых 5 девочек (100%). При этом сходящееся косоглазие — у 3 пациентов, девочек (80%) и расходящееся косоглазие — у 2 пациентов девочек (20%). Соответственно не имеют косоглазия 5 пациентов, 4 из которых девочки (90%) и 1 мальчик (10%). Все пациенты имеют снижение остроты зрения на оба глаза. Нарушение рефракции: миопия — у 5 пациентов (50%), гиперметропия — у 5 пациентов (50%).

**Заключение.** Результаты нашего исследования показали наличие только изолированной формы заболевания (100%), в структуре офтальмологической патологии полная аниридия выявлена в 80% случаев, нистагм — в 50%, бессосудистый паннус — в 30%, косоглазие — в 50%, нистагм — в 50%, изменение диска зрительного нерва — в 50%. Необходимо дальнейшее исследование данной категории пациентов с позиции коморбидности.

## ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУШАТЕЛЕЙ И СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ № 3

**Дубовая А.В., Лимаренко М.П., Дудчак А.П., Бордюгова Е.В.**

*ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, Донецкая Народная Республика*

**Актуальность.** Известно, что под педагогическими инновациями подразумевают нововведения в педагогической системе, улучшающие течение и результаты учебно-воспитательного процесса. Такой инновацией в системе медицинского образования в период пандемии COVID-19 стало дистанционное обучение.

**Цель исследования.** Ознакомить преподавателей с особенностями обучения слушателей и студентов на кафедре педиатрии № 3 с использованием электронных ресурсов во время пандемии COVID-19.

**Пациенты и методы.** В нашем университете за время пандемии COVID-19 площадкой для дистанционного обучения стала информационно-образовательная среда. Преподавателями кафедры были существенно дополнены курсы для ординаторов специальностей «Педиатрия», «Детская кардиология», студентов 5-го курса медико-профилактического отделения медико-фармацевтического факультета по дисциплине «Педиатрия». Для слушателей последиplomного образования созданы новые курсы тематического усовершенствования «Актуальные вопросы детской гематологии», «Актуальные вопросы детской нефрологии».

**Результаты.** Изучаемый курс на нашей кафедре включает информационный блок, в котором размещены календарно-тематические планы лекций, практических занятий, электронные адреса преподавателей для осуществления обратной связи с обучающимися, чат и др. Лекционный раздел представлен лекциями в виде презентаций, а также в текстовом формате с интерактивным блоком. Материалы для подготовки к практическим занятиям включают методические указания с определением актуальности, цели занятия, перечня литературы, теоретических вопросов, тестовых заданий для самоконтроля, графов и алгоритмов. В материалах для подготовки к практическим занятиям представлены видеофильмы для отработки практических навыков, учебные пособия, разработанные сотрудниками кафедры. Наиболее значимые темы рассматривались на вебинарах. В начале вебинара преподаватель кратко представлял теоретический материал в виде мультимедийной презентации. Затем вместе с обучающимися подробно разбирались ситуационные задачи, которые имитировали конкретные клинические ситуации. В конце каждого цикла преподавателями осуществлялся итоговый тестовый контроль.

**Заключение.** В заключение следует отметить, что, безусловно, дистанционное обучение в медицине не может заменить очное. Однако в период современной пандемии COVID-19 использование дистанционных технологий явилось хорошим подспорьем для продолжения образования, а улучшенный контент курсов помог обогатить новыми знаниями обучающихся.





## ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Дубровская И.В.<sup>1</sup>, Кузнецова Т.А.<sup>2</sup>, Турович И.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> БУЗ Орловской области Детский санаторий «Орловчанка», Орел, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева», Орел, Российская Федерация

<sup>3</sup> БУЗ Орловской области «Научно-клинический многопрофильный центр помощи матерям и детям им. З.И. Круглой», Орел, Российская Федерация

**Актуальность.** Исследования последних лет продемонстрировали взаимосвязь бронхиальной астмы (БА) и ожирения. Однако до настоящего времени нет объективных критериев целесообразности проведения диетической коррекции ожирения как коморбидного состояния у детей с БА.

**Цель исследования.** Определить удельный вес больных бронхиальной астмой с коморбидным ожирением и обосновать целесообразность диетической коррекции на этапе реабилитации.

**Пациенты и методы.** На базе БУЗ Орловской области Детский санаторий «Орловчанка» у детей 6–18 лет с соматической патологией (рецидивирующий бронхит, БА, атопический дерматит, поллиноз, хронический пиелонефрит, оперированные ВПС, сахарный диабет 1-го типа, состояния после COVID-19 и др.) в стадии ремиссии рассчитывался z-score SDS ИМТ по WHO AnthroPlus 2007. У 32 больных БА определялось относительное содержание жировой массы (%ЖМ) методом биоимпедансометрии (БИМ).

**Результаты.** Из 1268 детей ожирение в качестве самостоятельной патологии в направительном диагнозе указывалось у 12 (0,9%), в качестве коморбидного состояния — у 13 (1,0%), в том числе у 7 из 62 детей с БА (11,3%). При расчете ИМТ ожирение (SDS ИМТ > 2.0 z-score) определилось у 42 детей (15,7%), включая пациентов с БА. У 32 детей с БА и жалобами на расстройство пищевого поведения, имеющих нормальный показатель (SDS ИМТ -1–+1 z-score) — в 34,4% случаев (n = 11), ниже нормы (SDS ИМТ < -1) — в 12,5% случаев (n = 4) и превышающий норму (SDS ИМТ > 2.0 z-score) в 31,2% случаев (n = 10), определялся %ЖМ с помощью БИМ. В результате показатель %ЖМ, превышающий норму, выявлен у 20 из 32 детей с БА (62,5%), т.е. у 10 детей выявлено «латентное» ожирение.

**Заключение.** Таким образом, на стадии реабилитации больных БА для диетической коррекции нутритивного статуса целесообразно уточнять показатель SDS ИМТ расчетом относительной (%) жировой массы.

## АНАЛИЗ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ И ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ОБМЕНА В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Елизарьева Л.А.<sup>1</sup>, Галактионова М.Ю.<sup>2</sup>, Строзенко Л.А.<sup>1</sup>, Лобанов Ю.Ф.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Российская Федерация

<sup>2</sup> Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания остаются по-прежнему главной причиной инвалидизации и смертности на планете, унося ежегодно 17 млн жизней. В последние годы появились работы, обращающие внимание на тромботические и тромбоэмболические эпизоды как непосредственную причину развития таких заболеваний, как инфаркт миокарда и инсульт. Все это заставляет и клиницистов уделять особое внимание прогнозированию риска тромботических и тромбоэмболических эпизодов. В настоящее время наиболее актуальным является исследование генетических факторов, детерминирующих развитие наследственных тромбофилий.

**Цель исследования.** Определить частоты протромботических полиморфных генов-кандидатов при обследовании детей в центре здоровья.

**Пациенты и методы.** Проведен генетический анализ 12 протромботических полиморфных вариантов генов-кандидатов (метилентетрагидрофолатредуктазы МТНFR (С677Т), метилентетрагидрофолатредуктазы МТНFR (А1298С), метионинсинтазы МТR (А2756G), метионинсинтазыредуктазы МТRR (А66G), фактора II протромбина (G20210A); фактора V Лейден (G1691A); коагуляционного фактора VII — проконвертина (F7) (G10976A), фактора XIII свертывания крови (G226A); фибриногена G(-455)A; гликопротеина (интегрин альфа-2) ITGA2 C(807T), тромбоцитарного рецептора фибриногена ITGB-b интегрин (T1565C), ингибитора активатора плазминогена PAI-1 4G(-675)5G) у 396 детей в центре здоровья. Из них было 177 (43%) мальчиков и 219 (56,7%) девочек. Основную группу детей с факторами тромбогенного риска составили 27 человек, из них 110 мальчиков и 17 девочек. В группу сравнения вошли 396 подростков, из которых 167 мальчиков и 202 девочки.

**Результаты.** Исследование генетических полиморфизмов генов факторов свертывания крови и генов фолатного обмена в центре здоровья детей показало, что частота аллеля А2756G гена МТR ( $p = 0,032$ ) и аллеля С1565 гена ITGB3 ( $p = 0,012$ ) у девочек существенно повышена по сравнению с мальчиками. Доля аллеля 4G(-675) гена PAI-1 ( $p = 0,028$ ) значительно чаще выявлялась у мальчиков, в то время как доля аллеля 5G гена PAI-1 ( $p = 0,032$ ) с большей частотой была выявлена у девочек. Распределение частот аллелей и генотипов в изученных генах факторов свертывания крови и фолатного обмена было проверено на соответствие равновесию Харди – Вайнберга. В группу детей с факторами тромбогенного риска вошли 27 больных. У детей данной группы в 64,3% случаев была определена мутация генотипа GA гена фактора V Лейден, а 37,5% детей были с компаундами из гомозиготного аллеля ТТ генотипа С677 МТНFR и гомозиготного аллеля АА генотипа G(-455)A гена фибриногена FBG.

**Заключение.** Анализ генетических полиморфизмов генов факторов свертывания крови и генов фолатного обмена показал, что применение этих исследований позволяет выявить детей с высоким риском развития тромбозов и проводить среди них первичную профилактику посредством нефармакологических мер, когда еще не сложился далекий от здорового образа жизни стиль поведения. Проведение персонализированной профилактики в группе тромбогенного риска на базе центра здоровья детей позволит успешно предупредить тромбогенные осложнения у детей и взрослых.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ИНГАЛЯЦИОННОГО МАННИТОЛА У ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

**Енина Е.А., Кириченко А.И., Водовозова Э.В., Леденева Л.Н., Быков В.О.,  
Белаш Т.А., Григорьянц И.С., Пустабаева М.С.**

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

**Актуальность.** Муковисцидоз (МВ) — тяжелое генетическое заболевание, поражающее экзокринные железы, приводящее к формированию обезвоженного вязкого секрета. Применение ингаляционного маннитола способствует восстановлению у больных мукоцилиарного клиренса.

**Цель исследования.** Оценить клиническую эффективность препарата ингаляционный маннитол у детей Ставропольского края (СК), страдающих муковисцидозом.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось в Региональном центре МВ на базе пульмонологического отделения ГБУЗ СК КДКБ в 2020 г. В исследование включены 4 подростка 14–17 лет, получавшие ингаляционный маннитол 2–3 нед в дозе 400 мг 2 раза в день. Контрольной группой служили 4 подростка, больные МВ, такого же возраста, не получавшие препарат. Оценка исследования проводилась по результатам динамического наблюдения в условиях стационара.

**Результаты.** Клинические изменения отмечены на 4–5-й день наблюдения за больными, получавшими препарат, в виде увеличения продуктивности кашля и улучшения отхождения мокроты. Динамика показателей функции внешнего дыхания (ОФВ<sub>1</sub> и ЖЕЛ) на фоне терапии ингаляционным маннитолом имела тенденцию к увеличению ОФВ<sub>1</sub> и ЖЕЛ в основной группе (до лечения: ОФВ<sub>1</sub> — 58,7%, ЖЕЛ — 71,0%, после: ОФВ<sub>1</sub> — 70,2%, ЖЕЛ — 89,0%). В контрольной группе клинические данные оставались без динамики, показатели ОФВ<sub>1</sub> и ЖЕЛ — стабильно низкими (исходно: ОФВ<sub>1</sub> — 72,0%, ЖЕЛ — 75,0%, на 10-й день: ОФВ<sub>1</sub> — 70,0%, ЖЕЛ — 74,7%).

**Заключение.** В ходе исследования препарат ингаляционный маннитол показал клиническую эффективность и может рекомендоваться в качестве муколитической терапии для улучшения отхождения мокроты у пациентов с муковисцидозом.

## СЛУЧАЙ ДЕБЮТА САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19

Ермакова В.С.<sup>1</sup>, Малето Е.М.<sup>1</sup>, Русинова Д.С.<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** COVID-19 впервые зарегистрирован в России в январе 2020 г. Подвержены все группы населения, спектр осложнений — обширный, постковидный период продолжают изучать. В данной статье описан клинический случай дебюта СД 1 у ребенка после перенесенного COVID-19.

**Цель исследования.** Подтвердить манифестацию сахарного диабета вследствие перенесенного COVID-19.

**Пациенты и методы.** Пациентка А., 17 лет. Анамнез жизни без особенностей, хронических заболеваний до COVID-19 не имела. В семье нет случаев сахарного диабета у родственников. Использовался метод анализа медицинской документации и последующего описания полученных данных.

**Результаты.** В ноябре 2020 г. перенесла COVID-19, спустя 1 мес начала отмечать у себя слабость, вялость, утомляемость, полидипсию. Спустя еще 2 мес, 3 февраля 2021 г., обратилась к педиатру, был проведен анализ капиллярной крови на гликемию. Результат — 16,1 ммоль/л. Ребенок экстренно был госпитализирован.

Диагноз подтвержден также следующими лабораторными методами. Определение глюкозы от 04.02.2021: 4:00 — 8,00 ммоль/л; 6:00 — 7,6 ммоль/л; 8:00 — 10,8 ммоль/л; 12:00 — 17,8 ммоль/л. Определение гликированного гемоглобина (08.02.2021) — 11,2%. Проводилась инсулинотерапия, которая была начата с 05.02.2021: глупизин — перед приемом пищи 7–8 ед; гларгин — перед завтраком 5 ед. (После выписки: Туджео — 5 ед. утром; Апидра — 7–8 ед. перед едой.) На фоне инсулинотерапии были купированы симптомы заболевания и достигнута нормализация лабораторных показателей. По результатам регулярного самоконтроля через 2 мес достигнуты следующие показатели гликемии: утро — 6–8 ммоль/л, перед приемом пищи — 6–8 ммоль/л, через 2 ч после еды — 6–9 ммоль/л, перед сном — до 8 ммоль/л.

**Заключение.** Представленный клинический случай демонстрирует вероятную тропность вируса SARS-CoV-2 к клеткам поджелудочной железы. Важно фиксировать и описывать такие клинические случаи для систематизации данных и разработки критериев диагностики осложнений постковидного периода.

## КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА: АНАЛИЗ ЗНАЧИМОСТИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Ескина С.П., Исаева Е.П., Трошина В.В.

*ФГБУ ФНКЦ детей и подростков ФМБА России, Москва,  
Российская Федерация  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,  
Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Вопросы изучения и совершенствования профилактической работы в педиатрии, в частности повышение качества диспансеризации детей, сохраняют свою значимость до настоящего времени.

**Цель исследования.** Разработка и апробация критериев оценки качества диспансерного наблюдения детей в условиях клиничко-диагностического центра.

**Пациенты и методы.** В проспективное исследование включены дети раннего возраста (1-й год жизни, 2-й год жизни, 3-й год жизни) с дебютом инфекции мочевыводящих путей ( $n = 54$ ). В первую группу наблюдения были включены дети в возрасте 1 года ( $n = 28$ ); во вторую группу — дети в возрасте 2 лет ( $n = 13$ ); в третью группу — дети в возрасте 3 лет ( $n = 13$ ). Продолжительность диспансерного наблюдения — 5 лет. Содержание профилактических мероприятий составлено на основе клинических рекомендаций «Инфекции мочевыводящих путей у детей», год утверждения Минздравом России — 2021; год окончания действия — 2023. Математический аппарат: методы когортных исследований по частоте наблюдений.

**Результаты.** Из 28 детей первого года жизни, включенных в исследование, полное выздоровление и снятие с диспансерного учета зарегистрированы у 5 пациентов, у остальных детей этой группы окончательный диагноз — инфекция мочевыводящих путей ( $n = 9$ ) и хронический пиелонефрит ( $n = 14$ ). Из 13 детей второго года жизни полное выздоровление и снятие с диспансерного учета зарегистрированы у 2 детей. У 11 детей этой группы окончательные клинические диагнозы — инфекция мочевыводящих путей ( $n = 5$ ) и хронический пиелонефрит ( $n = 6$ ). В группе детей, вступивших в исследование, в возрасте 3 лет ( $n = 13$ ) полная ремиссия и снятие с диспансерного учета отмечены у 1 ребенка; у остальных детей окончательные клинические диагнозы — инфекция мочевыводящих путей ( $n = 5$ ) и хронический пиелонефрит ( $n = 7$ ).

По данным математического анализа осмотры педиатра и нефролога, выполненные в неполном объеме по инициативе родителей, формируют относительный риск перехода заболевания в хроническую форму. В случае выполнения полного объема диспансерного наблюдения увеличивается вероятность ремиссии заболевания в два раза.

**Заключение.** Методы когортных исследований по частоте наблюдений могут быть эффективно применены для повышения мотивации пациентов и их родителей к выполнению полного объема профилактических мероприятий в диспансеризации курируемых пациентов.

## ФАКТОРЫ РИСКА И ПРИЧИНЫ РОЖДЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ёлшин В.Н.<sup>1</sup>, Фомина И.В.<sup>2</sup>, Починок Е.М.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** К факторам риска причин рождения недоношенных детей относят заболевания матери и токсические влияния во время беременности. Одним из грозных причин развития слабовидения и слепоты недоношенных детей является ретинопатия (РН) — сосудисто-пролиферативное заболевание детей первых месяцев жизни, в тяжелых случаях приводящее к слабовидению и слепоте.

**Цель исследования.** Выявить структуру акушерской и экстрагенитальной патологии матерей, родивших недоношенных детей с угрозой развития ретинопатии.

**Пациенты и методы.** Ретроспективно проведен клинико-статистический анализ 638 амбулаторных карт недоношенных детей консультативно-диагностического кабинета для выявления и наблюдения детей с ретинопатией недоношенных в ГБУЗ ТО ОКБ 2 Детского стационара города Тюмени, из них мальчиков 329 (51,57%), девочек — 309 (48,43%).

**Результаты.** Течение беременности у женщин осложнялось патологией плаценты в 256 (40,13%) случаях (дисфункцией плаценты и низкой плацентацией — 29,16/10,97% соответственно). Угроза выкидыша отмечена в 149 (23,35%) случаях. Истмико-цервикальная недостаточность выявлена в 116 (18,18%) случаях, кольпит — в 83 (13,00%) случаях, преэклампсия — в 80 (12,53%) случаях, гестационный сахарный диабет — в 79 (12,38%) случаях, гипоксия плода — в 53 (8,30%) случаях, преждевременный разрыв плодных оболочек — в 46 (7,21%) случаях. У 64 (10,03%) женщин отмечен рубец на матке. Экстрагенитальная патология была представлена следующим образом: анемия — в 292 (45,76%) случаях, субклинический гипотиреоз — в 80 (12,53%) случаях, вегетососудистая дистония — в 127 (19,90%) случаях, резус-отрицательная кровь — в 44 (6,89%) случаях, никотинозависимость — в 42 (6,58%) случаях. ЭКО было выполнено в 76 (11,9%) случаях, в результате чего были рождены двойни в 49 (64,47%) случаях и тройни в 12 (15,78%) случаях.

**Заключение.** К наиболее часто встречающимся причинам рождения недоношенных детей с угрозой формирования ретинопатии недоношенных относятся патология плаценты (40,13%) и анемия (45,76%). ЭКО является одним из факторов многоплодной беременности, приводящей к преждевременным родам (11,9%).





## ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Жекайте Е.К.<sup>1,2</sup>, Кондратьева Е.И.<sup>1,2</sup>, Максимычева Т.Ю.<sup>1,2</sup>,  
Фатхуллина И.Р.<sup>1,2</sup>, Алексеева Ю.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова»,  
Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ МО «Научно-исследовательский клинический институт детства МЗ МО»,  
Мытищи, Российская Федерация

**Актуальность.** Пациенты с муковисцидозом (МВ) являются группой риска по снижению минеральной плотности костной ткани (МПК) и развитию остеопороза. По данным исследования 2006 г., остеопороз встречался у более чем 40% пациентов с муковисцидозом, остеопения — у трети детей с МВ.

**Цель исследования.** Определить частоту снижения МПК и оценить содержание минеральных веществ в костной ткани (ВМС) у здоровых детей и пациентов с МВ Московской области.

**Пациенты и методы.** В 2021 г. на базе ГБУЗ «НИКИ детства МЗ МО» были обследованы 40 детей с МВ (28 девочек, 12 мальчиков в возрасте  $13,6 \pm 2,4$  года) и 35 здоровых детей (24 девочки, 11 мальчиков в возрасте  $14,2 \pm 2,2$  года). Содержание минеральных веществ в ВМС и МПК измерялось в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на денситометре DEXXUM.

**Результаты.** Остеопороз был выявлен у одного ребенка с МВ ( $z$ -score МПК  $< -2,5$ ), остеопения — у 10 (25%) детей ( $z$ -score МПК  $< -1$ ). Все здоровые дети имеют нормальную МПК. Средняя МПК у пациентов с МВ была ниже ( $0,26 \pm 1,3$ ) показателей здоровых детей ( $0,74 \pm 0,7$ ;  $p = 0,000$ ). Средний уровень ВМС у пациентов с МВ также был ниже —  $39,6 \pm 13,0$  против  $50,4 \pm 14,8$  ( $p = 0,000$ ) у здоровых.

**Заключение.** Новые подходы к антибактериальной, ферментной и витаминотерапии позволили значительно улучшить состояние минеральной плотности у пациентов с МВ. Однако эти показатели все еще не достигают уровня здоровых детей.

Работа выполнена в рамках НИР «Закономерности и механизмы снижения минеральной плотности кости у здоровых детей и при различных моделях воспаления (микробно-воспалительной, аллергической, метаболической и аутоиммунной). Совершенствование профилактики и терапии в реальной клинической практике». № 121122200169-1.

## ВИТАМИНЫ С И D В ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ

**Жемойтяк В.А., Васько Т.П., Шапель А.В., Эйсмонт Я.Ч.,  
Кравцевич-Мякишева О.Г., Лещинская М.Р.**

*Гродненский государственный медицинский университет,  
Гродно, Республика Беларусь  
Гродненская областная детская клиническая больница,  
Гродно, Республика Беларусь*

**Актуальность.** В Беларуси отмечается рост общего числа детей с сахарным диабетом (СД) 1-го типа. Известно, что дефицит витамина D увеличивает риск данного аутоиммунного заболевания, а аскорбиновая кислота активирует синтез антител.

**Цель исследования.** Установить особенности преморбидного анамнеза (прием витаминов D и C) у детей с СД 1-го типа.

**Пациенты и методы.** Методом анкетирования опрошены семьи 70 детей с СД 1-го типа, проживающих в Гродно и Гродненской области. Для выявления возможного неблагоприятного влияния приема витамина С на поджелудочную железу у 38 пациентов в качестве неинвазивного теста было апробировано исследование уровня диастазы мочи до и после приема препарата в дозе 3 мг на кг массы тела.

**Результаты.** Особенностью опрошенных пациентов был тот факт, что ни один ребенок не получал на первом году жизни профилактическую дозу витамина D в постоянном режиме. Среди детей старше года лишь 7 человек принимали витамин D в зимнее время года. У 28 пациентов был определен уровень витамина D в крови. У всех обследованных он был ниже 30 нг/мл. У 5 человек (17,9%) концентрация была меньше 10 нг/мл, у 10 (35,7%) — > 10 – ≤ 20 нг/мл и у 20 (71,4%) — > 20 – ≤ 30 нг/мл.

Витамин С до манифестации диабета не получал лишь один ребенок. Целью приема, по результатам анкетирования родителей, было «укрепление иммунитета». Контролировали соответствие принимаемой ребенком дозы, указанной в инструкции, лишь 14,3% опрошенных родителей.

Исходный уровень диастазы в моче у всех детей был в пределах референсных значений. Сопоставление содержания диастазы в моче больных детей с СД 1-го типа до и после приема аскорбиновой кислоты выявило повышение ее уровня более чем на 50% по сравнению с исходным у 18 детей (47%). У 12 пациентов (31,5%) содержание диастазы в моче превысило нормальный уровень.

**Заключение.** Согласно полученным данным, к особенностям преморбидного анамнеза, а значит, к возможным факторам риска по СД 1-го типа у детей можно отнести не только некорректную профилактику дефицита витамина D на первом году жизни и дефицит витамина D, но и, возможно, неконтролируемый прием аскорбиновой кислоты. Установлено, что доза аскорбиновой кислоты 3 мг на кг массы тела у детей с СД 1-го типа не является абсолютно безопасной.

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

**Закирова А.М., Рашитова Э.Л., Зарипов И.Р.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань,  
Республика Татарстан, Российская Федерация*

**Актуальность.** Серьезной проблемой современных женщин является распространение заболеваний, связанных с употреблением психоактивных средств, преодолевающих плацентарный барьер, что отражающееся на развитии плода, исходе беременности и здоровье будущей матери.

**Цель исследования.** Оценить состояние здоровья детей, рожденных от матерей, страдающих зависимостью от психоактивных веществ.

**Пациенты и методы.** Обследовано 37 детей (1 мес – 3 года), находящихся в стационаре, рожденных от матерей, страдающих зависимостью от психоактивных веществ. 48,6% женщин употребляли наркотики, 37,8% — алкоголь, 13,5% — и то и другое, 94,6% отметили табакокурение. 54,1% женщин встали на учет в женскую консультацию позже 12 нед, 10,8% — не наблюдались. Всем детям проведены физикальное, лабораторно-инструментальное обследование, консультации специалистов.

**Результаты.** 78,4% родились в срок путем естественного родоразрешения, остальные — на сроке 31–37 нед (из них 13,5% родились в асфиксии). Нормальные физические показатели имели 24,3% обследованных, у остальных отмечалось дисгармоничное (48,6%) и резко дисгармоничное (27,1%) развитие. 97,3% детей поставлен диагноз «перинатальное поражение центральной нервной системы в виде диффузной мышечной гипотонии, гипертензионно-гидроцефального синдрома». 8,1% имели ретинопатию недоношенных, 21,6% — абстинентный синдром, 35,1% — конъюгационную гипербилирубинемию, 51,3% — гипотрофию 1–3-й степени. 59,5% детей поставлен атопический дерматит, 24,3% имели опрелости. Кандидозное поражение полости рта и половых органов отмечалось у 56,8%. Подавляющее большинство детей (81,1%) переносили респираторные инфекции до 10 раз в год. По данным анамнеза инфекции нижних дыхательных путей выявлены у 62,1% (бронхиты — у 45,9%, пневмонии — у 16,2%). Острые кишечные инфекции отмечены в анамнезе у 21,6%. Пиодермии были у 18,9%, конъюнктивит — у 27,0%.

**Заключение.** Дети от матерей, употребляющих психоактивные вещества, должны быть отнесены к социально опасной группе. У них наиболее высок риск возникновения рекуррентных респираторных заболеваний, отставаний в физическом и психомоторном развитии, формирования неврологических синдромов, алкогольной и наркотической эмбриофетопатии. В случае высокой вероятности реализации последствий внутриутробной алкогольной и наркотической интоксикации рекомендуется своевременная абилитация таких детей.

## КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ

Закирова А.М., Самороднова Е.А., Караманян О.В.

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Острые респираторные инфекции наиболее часто встречаются у детей в мире. Внебольничная пневмония (ВП) — полиэтиологично-полисиндромное заболевание нижних дыхательных путей. Сохраняющийся высокий уровень смертности, обуславливает актуальность проблемы.

**Цель исследования.** Оценить клинико-рентгенологические особенности течения внебольничных пневмоний у современных школьников.

**Пациенты и методы.** Обследовано 83 школьника с ВП (7–15 лет), находящихся на стационарном лечении. Всем проведены физикальное, рентгенологическое, лабораторное обследование, консультация специалистов. У 90,3% отмечено пропорциональное гармоничное физическое развитие, дисгармоничное и резко диспропорциональное выявлено у 6,0 и 3,7% соответственно. Все обследованные ежегодно переносят более 8 эпизодов рекуррентных респираторных заболеваний.

**Результаты.** У 45,8% отягощен аллергологический анамнез, 9,6% находятся на диспансерном учете у аллерголога-иммунолога. Сопутствующая патология: у 19,2% — гастроэнтерологические, у 25,3 — оториноларингологические, у 7,2% — уронефрологические заболевания. Синдром вегетативной дисфункции — у 13,2% школьника. В течение заболевания у 85,5% отмечалась субфебрильная температура, редко — фебрильная (9,7%), у 4,8% — без подъема температурной реакции. Кашель был влажный у 56,6%, сухой — у 31,3%, у остальных (12,1) — с обструктивным компонентом. Дыхательная недостаточность 1-й степени была у 57,8% пациентов с сегментарной и очаговой формами, 2-й степени — у всех пациентов с крупозной формой. Притупление перкуторного звука имели 46,9% детей, влажные мелкопузырчатые хрипы — 61,4% ребенка, ослабление дыхания — 33,7%, крепитацию — 8,4% обследованных. У всех детей пневмония подтверждена рентгенологически (65,1% очаговая инфильтрация, 32,5% — сегментарная, 2,4% — ниже- и среднедолевая). В общем анализе крови повышены показатели скорости оседания эритроцитов — у 96,3%, лейкоцитов — у 74,7%, нейтрофилов — 51,8%.

**Заключение.** Клинико-рентгенологические особенности внебольничных пневмоний у современных школьников сопряжены с патологическими лабораторными сдвигами и обусловлены отягощенным преморбидным фоном.

## **ВЗГЛЯД РЕБЕНКА И ЕГО РОДИТЕЛЯ НА ВНЕШНИЙ ИМИДЖ ВРАЧА**

**Зарипова Ю.Р., Подборная А.О.**

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

**Актуальность.** В последнее время на смену консервативному поколению приходит молодежь, самовыражающаяся за счет необычного внешнего вида. Готовы ли к этому родители несовершеннолетних пациентов, смогут ли они так же доверять такому врачу свое здоровье и здоровье своих детей?

**Цель исследования.** Изучение восприятия, ожидания и предпочтений родителей несовершеннолетних пациентов относительно внешнего вида медицинских работников.

**Пациенты и методы.** Анализ литературы, разработка дизайна исследования, разработка стандартизированной онлайн-анкеты, проведение онлайн-анкетирования, статистическая обработка результатов. Опрошено 175 родителей в возрасте 21–57 лет: 60% — 30–40 лет, 23% — 41–50 лет, 17% — 20–30 лет. 91,4% респондентов-родителей — мамы.

**Результаты.** 74,3% родителей имели высшее образование. По мнению родителей, пол и национальность врача не являются принципиальными. 57% опрошенных выбрали бы врача в возрасте 25–40 лет, 41% — 41–55 лет. Для 82% родителей внешний вид врача является очень важным. Медицинский халат должен быть обязательным атрибутом для 70% родителей. Цвет медицинской одежды не имел значения. Медицинская шапочка, по мнению большинства респондентов, не важна, однако убранные волосы для 62% родителей и натуральный цвет волос для 60% должны быть в обязательном порядке. 73% родителей допускают наличие бороды у врача-мужчины. Для 47% родителей недопустимы татуировки и для 65% — пирсинг на открытых частях тела у врача. 75% из опрошенных предпочитают видеть у врача коротко подстриженные ногти, 20% из них считают этот вариант единственным приемлемым. 65% родителей полагают, что ношение крупных украшений недопустимо для медработника. По мнению 59% респондентов, наличие яркого макияжа также непозволительно для медработника, 38% не нравится наличие аромата парфюма у врача. 84% родителей считают, что у врача должна быть удобная и комфортная обувь.

**Заключение.** Полученные данные о дресс-коде медицинских работников говорят о том, что консервативный вид врача является предпочтительным для родителей маленьких пациентов. Образ врача с психологической точки зрения — это инструмент для установления с пациентами и их родителями доверия и взаимопонимания, которые очень важны для удовлетворенности и исхода лечения.

## РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ДЕТЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ)

**Змановская В.А.<sup>1</sup>, Тропина Е.П.<sup>1</sup>, Шайтарова А.В.<sup>1, 2</sup>, Перфилова О.В.<sup>1, 2</sup>,  
Ушакова С.А.<sup>1, 2</sup>**

<sup>1</sup> ГАУЗ ТО «Детский лечебно-реабилитационный центр «Надежда»,  
Тюмень, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** Паллиативная помощь детям (ППД) представляет собой быстро развивающееся направление здравоохранения в России. Для планирования организационной структуры и финансирования ППД необходима информация о количестве пациентов и структуре болезней, ведущих потребностях пациентов.

**Цель исследования.** Проанализировать структуру сформированного регистра детей, нуждающихся в паллиативной помощи, по Тюменской области, выделить ведущие потребности детей, получающих данный вид медицинской помощи.

**Пациенты и методы.** Регистр детей, нуждающихся в паллиативной помощи, создан в региональной медицинской информационной системе и на 01 января 2022 г. включает 523 ребенка. Выполнен анализ структуры регистра по 4 группам заболеваний согласно классификации European Association of Palliative Care (2009). Проанализирована частота хронических расстройств питания, энтерального питания через гастростому, канюленосительства трахеостомы, искусственной вентиляции легких (ИВЛ) на дому. Описание данных приводится в абсолютных величинах и в процентах.

**Результаты.** Из 523 пациентов, включенных в региональный регистр детей, нуждающихся в ППД, большинство (390 детей — 74,6%) отнесены к «4-й группе» и имеют необратимые, но не прогрессирующие состояния, вызывающие тяжелую инвалидность и подверженность заболеваниям, приводящим к преждевременной смерти (большую часть составил детский церебральный паралич). Другие группы представлены в регистре: 1-я — 6 детей, 2-я — 59 детей, 3-я — 68 детей. На момент включения в регистр хронические расстройства питания являются одной из самых частых проблем, отмечаясь практически у каждого второго ребенка: из них по степени белково-энергетической недостаточности (БЭН) 1-й степени — 23,7%, 2-й степени — 25,5%, 3-й степени — 50,8%. Энтеральное питание через гастростому получают 13 детей, запланирована установка гастростомы еще у 46 детей. Канюленосителями трахеостомы являются 36 детей. ИВЛ на дому проводится у 29 детей, из них 22 — с прогрессирующим нервно-мышечным заболеванием и 7 — с непрогрессирующими заболеваниями нервной системы. Инвазивную ИВЛ 24 ч в сутки получают 5 детей, неинвазивную ИВЛ менее 12 ч в сутки — 24 ребенка.

**Заключение.** Региональный регистр обеспечивает всесторонний информационный ресурс по пациентам для лечащих врачей и является действенным инструментом планирования финансирования паллиативной помощи детям, поступательного развития службы с созданием мультипрофессиональной команды для покрытия комплексных медицинских и психосоциальных нужд неизлечимого ребенка и его семьи с последующим мониторингом эффективности медицинских и немедицинских вмешательств.



## ЭМБРИОНАЛЬНАЯ РАБДОМИОСАРКОМА У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ КОСТЕЛЛО

Зобикова О.Л., Зимовина Т.С.

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

**Актуальность.** Синдром Костелло (СК) — редкий моногенный синдром, проявляющийся множественными врожденными аномалиями, нарушениями психомоторного и физического развития. Особенностью СК являются наличие множественных папиллом и повышенный риск развития злокачественных новообразований.

**Цель исследования.** Описание клинического наблюдения пациента с синдромом Костелло, обусловленного патогенным вариантом с.34G>A гена HRAS и эмбриональной рабдомиосаркомой (РМС).

**Пациенты и методы.** Пациент — девочка в возрасте 2 лет 2 мес, с множественными аномалиями, задержкой психоречевого, моторного развития и эмбриональной рабдомиосаркомой.

Диагноз установлен по результатам генеалогического анализа, клинического осмотра, ультразвуковых данных, магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости и малого таза, гистологического исследования опухоли и данных молекулярно-генетического исследования.

**Результаты.** Пробанд — девочка от 3-й беременности у здоровых родителей. Старшие брат и сестра здоровы. Ребенок родился в сроке гестации 40 нед с массой 3980,0 г, длиной тела 53,0 см, окружностью головы 35,0 см. С рождения определялись сложности вскармливания, мышечная гипотония. При осмотре в возрасте 2 лет и 2 мес отмечались задержка психоречевого развития, лицевые дисморфии: макроцефалия, редкие волосы и брови, широкий лоб, сходящееся косоглазие, пухлые щеки и губы, большой рот, диспластичные ушные раковины. Показатели физического развития соответствовали 3–10-му перцентилю для данного возраста. Определялись смуглый цвет кожных покровов, папилломы в проекции правого коленного сустава, глубокие ладонные и подошвенные складки; короткая шея, гипермобильность мелких суставов. При ЭхоКГ установлен стеноз легочной артерии. При УЗИ органов малого таза диагностировано образование левого яичника. Послеоперационное гистологическое исследование определило тип опухоли: эмбриональная РМС. Молекулярно-генетическое исследование установило наличие патогенного варианта с.34G>A (p.G12S) гена HRAS, обуславливающего развитие СК.

**Заключение.** Риск развития злокачественных образований у пациентов с СК оценивается в 17%. Наиболее частой опухолью является РМС, в более редких случаях регистрируются нейробластома и карцинома мочевого пузыря. Представленное наблюдение показывает необходимость соблюдения рекомендованного протокола УЗ-скрининга каждые 3–6 мес до 8–10 лет жизни ребенка на наличие РМС для возможности назначения своевременной терапии.

## ВРОЖДЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА: МАТЕРИНСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СТАТУС НОВОРОЖДЕННОГО

Ибрагимова Ю.Н., Вахлова И.В., Цап Н.А., Федотова Г.В.

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

**Актуальность.** Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) — это редкий врожденный порок развития, которым страдает примерно 1 из 2500 живорожденных и который составляет 8% всех врожденных аномалий. Несмотря на улучшения как в дородовой, так и в послеродовой медицинской помощи, эта патология новорожденного по-прежнему связана со значительной неонатальной смертностью, уровень которой колеблется от 30 до 50%, и большинство смертей приходится на первый месяц жизни. ВДГ характеризуется аномальным перемещением органов из брюшной в грудную полость и нарушением развития легких в период гестации, их гипоплазии с формированием легочной гипертензии, что является основной причиной тяжести постнатального периода и увеличивает частоту формирования тяжелой соматической патологии среди выживших, обуславливает развитие хронических заболеваний.

**Цель исследования.** Оценить значимость анамнестических данных, выявить особенности течения антенатального периода у матерей, родивших детей с ВДГ, изучить некоторые аспекты их статуса.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 38 историй болезни детей, оперированных по поводу врожденной диафрагмальной грыжи за период с 2015 по 2019 г. В I группу (основная) включены новорожденные с ложной ВДГ ( $n = 27$ ), во II группу — с истинной ВДГ ( $n = 11$ ). Основным критерий различия групп — более выраженные тяжесть состояния и степень гипоплазии легкого у детей с ложной ВДГ.

**Результаты.** Среди детей, исследуемых 2 групп по гендерной принадлежности было больше мальчиков, чем девочек (в I группе 59% ( $n = 16$ ), 41% ( $n = 11$ ), а во II группе 73% ( $n = 8$ ), 27% ( $n = 3$ )). Беременность матерей детей из I группы приходилась на женщин со средним возрастом —  $31,4 \pm 6,2$ , среднее количество беременностей у матерей составляло  $3,18 \pm 2,20$ , количество родов —  $2,18 \pm 1,0$ , что достоверно не отличалось от матерей из II группы ( $p \leq 0,21$ ). Отягощенный акушерский анамнез (ОАА) — 73,7% ( $n = 28$ ) (искусственное прерывание беременности, выкидыши на ранних сроках), осложненное течение беременности (гестоз — 29% ( $n = 11$ ), анемии — 47% ( $n = 18$ ), гестационный сахарный диабет — 29% ( $n = 11$ ), ОФПН — 15,8% ( $n = 6$ ) и ХФПН — 29% ( $n = 11$ ), а также сопутствующий ВПП у внутриутробного ребенка — 34,2% ( $n = 13$ ) (сердца: ОАП, ФОО, ДМЖП, аномалия внутригрудного расположения сердца, аномалия развития вен левой теменной и височной области, ЦНС, ОДА — артрогрипоз верхней правой и нижних конечностей) во время настоящей беременности встречались одинаково часто у матерей детей обеих групп. У всех матерей, родивших детей с ВДГ, трижды был проведен стандартный пренатальный скрининг по триместрам (перинатальный консилиум). У большей части детей — 60,5% ( $n = 23$ ), оперированных по поводу ВДГ, порок развития был установлен во II и III триместре. В I группе детей диагноз был установлен внутриутробно: у 3,7% ( $n = 1$ ) — на 20–21-й нед, у 14,81% ( $n = 4$ ) — на 25–27 нед, у 40,74% ( $n = 11$ ) — в III триместре на 30–37-й нед беременности. Тогда как у II группы детей диагноз был установлен в 63,64% ( $n = 7$ ) внутриутробно: у 18,18% ( $n = 2$ ) — на 20–21-й нед, у 45,45% ( $n = 5$ ) — на 30–37-й нед беременности. При рождении ВПП: ложная ВДГ была выявлена у 29% ( $n = 11$ ), а истинная ВДГ — у 10,5% ( $n = 4$ ). При оценке перинатального и антенатального периода у матерей, родивших детей с ВДГ, достоверных отличий нет. У матерей, родивших детей с ложной ВДГ, самостоятельные роды наблюдались у 85,19% ( $n = 23$ ), оперативные — у 14,81% ( $n = 4$ ). Во II группе самостоятельные роды составили 81,82% ( $n = 9$ )  $p \leq 0,797$ , оперативные 18,18% ( $n = 2$ )  $p \leq 0,797$ . Гестационный возраст оперированных детей по поводу ВДГ из I группы: 30–36 нед (недоношенные) — 15%, 37–42 нед (доношенные) — 85%. Во II группе: 30–36 нед — 27% и 37–42 нед — 73%. В целом дети с ВДГ имели нормальную массу при рождении. При оценке уровня гипоксии по шкале APGAR на 1-й мин с тяжелой гипоксией было 2 ребенка с ложными и 2 ребенка с истинными ВДГ, которые были скомпенсированы и на 5-й мин перешли в группу среднетяжелой степени. Оперативное лечение у детей с ВДГ было проведено лапаротомическим и торокоскопическим методами в зависимости от клинической формы ВДГ на 2–4-е сут после предоперационной подготовки. При оценке по антропометрическим данным группы сопоставимы ( $p \leq 0,245$ ). Гипотрофический вариант задержки развития выявлен у 1 ребенка из каждой группы. Достоверных различий не выявлено.

**Заключение.** Таким образом, среди детей исследуемых двух групп по гендерной принадлежности преобладали мальчики, что сопоставимо с литературными данными. Матери, родившие детей с ВДГ, в 73% случаев имели отягощенный акушерский анамнез во время беременности, что является фактором риска развития ВПП. Несмотря на ОАА, большинство детей родились доношенными и не имели отставания по оценке антропометрических данных. Раннее проведение перинатального консилиума при антенатальной диагностике данного ВПП позволяет рационально маршрутизировать беременную женщину в региональный перинатальный центр, избрать обоснованную тактику родоразрешения (самостоятельные роды), оказывать реанимационную и хирургическую помощь новорожденному с первых минут жизни и таким образом снизить летальность при ВДГ.



## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Идрисова А.С., Кузьмина Е.С., Барычева Л.Ю., Кузнецова В.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,  
Российская Федерация

**Актуальность.** В современных исследованиях показана вовлеченность иммунных механизмов в патогенез перинатальных поражений ЦНС. Генетически обусловленная интенсивная продукция провоспалительных цитокинов может модифицировать иммунный ответ, способствовать апоптозу олигодендроцитов, дегенерации нейронов и прогрессированию заболевания.

**Цель исследования.** Определить содержание провоспалительных цитокинов IL-6, IL-8, IL-17 в сыворотке крови новорожденных детей с церебральной ишемией (ЦИ) II-III степени.

**Пациенты и методы.** Обследованы 26 детей. Определение цитокинов (IL-6, IL-8, IL-17) в сыворотке крови новорожденных проводили на 2–4-е сут жизни методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-систем «Вектор-Бест» в соответствии с инструкцией производителя. Для оценки межгрупповых различий применяли непараметрический критерий Манна – Уитни. Контрольную группу составили 25 здоровых новорожденных.

**Результаты.** Дети с ЦИ III степени рождались в состоянии тяжелой гипоксии (38,5%), ЗВУР (34,6%). В неврологическом статусе отмечались признаки угнетения (снижение двигательной активности, мышечная гипотония, гипорефлексия) или возбуждения (беспокойство, тремор, повышение мышечного тонуса), симптомы вегето-висцеральных нарушений. При НСГ у всех 26 (100%) новорожденных выявлены очаговые отеки, у 4 (15,4%) новорожденных — дилатация желудочков. Псевдокисты размерами 1,8–3,1 мм установлены у 9 (34,6%) новорожденных детей. У 7 (26,9%) новорожденных определялись КТ-признаки последствий гипоксически-ишемического поражения мозга в стадии порэнцефалической дегенерации. У новорожденных с ЦИ определялось статистически значимое увеличение уровня IL-6 —  $65,1 \pm 1,95$  пг/мл с достоверными отличиями от контрольной группы —  $3,7 \pm 0,60$  пг/мл,  $p < 0,05$ . Уровень IL-17 в контрольной группе составил  $1,6 \pm 0,15$  пг/мл, при церебральной ишемии —  $8,99 \pm 0,76$  пг/мл,  $p < 0,05$ . Показатели IL-8 характеризовались той же закономерностью. Отмечалось существенное увеличение сывороточного IL-8 у больных детей ( $35,6 \pm 1,62$  пг/мл) по сравнению с контрольной группой ( $8,3 \pm 0,57$  пг/мл),  $p < 0,05$ .

**Заключение.** Данные нашего исследования свидетельствуют об участии цитокинов (IL-6, IL-8, IL-17) в патогенезе церебральной ишемии, патологическими звеньями которой являются воспаление и нейродегенерация, что открывает возможные перспективы для диагностики и терапии церебральной ишемии и гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденных детей.

## УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Исаева Е.П.<sup>1</sup>, Зайцева О.В.<sup>2</sup>, Зябкин И.В.<sup>1</sup>, Муртазаева О.А.<sup>2</sup>,  
Локшина Э.Э.<sup>2</sup>, Зайцева С.В.<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков» ФМБА России, Москва,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России,  
Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Расстройства вегетативной нервной системы являются актуальной проблемой в педиатрической практике из-за широкой распространенности и полиморфизма клинических симптомов. Проявления вегетативной дисфункции ухудшают качество жизни детей и подростков, могут приводить к психологической и социальной дезадаптации.

**Цель исследования.** Изучить уровень тревожности у детей с вегетативными расстройствами.

**Пациенты и методы.** Нами были обследованы 45 детей с проявлениями вегетативной дисфункции в возрасте от 12 до 17 лет, находившихся на амбулаторном наблюдении в ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков» ФМБА России. Обследование включало общеклинические методы, для оценки уровня тревожности применяли клинко-психологические методики А.М. Прихожан (Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: Московский психолого-социальный институт; 2000. 304 с.).

**Результаты.** У наблюдаемых детей в ходе обследования были исключены соматические заболевания, которые могут давать похожую симптоматику. Нами были выявлены гендерные различия: преобладание женского пола над мужским (32 против 13,  $p < 0,05$ ). Однако статистически значимой разницы по уровню тревожности среди мальчиков и девочек выявлено не было. У большинства детей (71,1% — 32) отмечен высокий уровень тревожности, у 17,7% (8) — средний уровень тревожности, у 11,1% (5) детей — низкий уровень тревожности ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Учитывая высокий уровень тревожности у детей и подростков с вегетативными расстройствами (71,1%), в комплекс реабилитационных мероприятий таким детям и подросткам необходимо включение консультации медицинского психолога, что позволит улучшить их качество жизни.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Исмаилова М.А., Ходжамова Н.К.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

**Актуальность.** Хроническая артериальная гипертензия беременной женщины или повышение артериального давления при преэклампсии оказывают влияние как на состояние внутриутробного ребенка, так и на последующее течение периода ранней неонатальной адаптации.

**Цель исследования.** Оценить клиническое состояние новорожденных детей, рожденных от матерей с артериальной гипертензией в неонатальном периоде.

**Пациенты и методы.** Нами было обследовано 50 новорожденных в неонатальном периоде, из них I группу (основную) составили 35 новорожденных, рожденных от матерей с артериальной гипертензией и II группу (сравнения) — 15 детей, рожденных от матерей без артериальной гипертензии. Проведено клинико-функциональное обследование детей в неонатальном периоде, использовались клинические методы исследования.

**Результаты.** Наши исследования показали, что новорожденные дети, родившиеся от матерей с АГ, рождались недоношенными чаще (77,2%), чем дети в группе сравнения (13,3%) ( $p < 0,001$ ). Новорожденные основной группы имели достоверно меньшую массу —  $2944,02 \pm 94,02$  г и длину тела —  $48,44 \pm 0,51$  см при рождении по сравнению с детьми группы сравнения —  $3527,85 \pm 56,52$  г и  $51,54 \pm 0,26$  см ( $p < 0,001$ ) соответственно. Средний балл по шкале APGAR в основной группе составил  $6,12 \pm 0,24$  балла на 1-й минуте и  $7,24 \pm 0,25$  балла — на 5-й, тогда как у детей группы сравнения эти показатели составили  $8,33 \pm 0,38$  и  $9,56 \pm 0,4$  балла соответственно. Из этого следует, что новорожденные основной группы чаще рождались в асфиксии умеренной степени.

Наблюдение за детьми в динамике показало, что в основной группе число родившихся с гипоксически-ишемической энцефалопатией составило более половины ( $51,4 \pm 6,8\%$ ), что было в 3,9 раза больше, чем среди новорожденных группы сравнения ( $13,3 \pm 4,9\%$ ). Синдром дыхательных расстройств также в основной группе встречался в 3,2 раза чаще ( $42,9 \pm 6,7\%$ ), чем в группе сравнения ( $13,3 \pm 4,9\%$ ).

Состояние новорожденных в неонатальном периоде также усугублялось такими сопутствующими заболеваниями, как анемия, конъюгационная желтуха, гипотрофия, желудочно-кишечная дисфункция с явным превалированием в основной группе.

У  $11,4 \pm 4,3\%$  новорожденных основной группы наблюдались признаки ДВС-синдрома, что проявлялось повышенной кровоточивостью из мест инъекции, мелкоточечными кожными кровоизлияниями. В группе сравнения данный синдром не наблюдался.

**Заключение.** Установлено, что новорожденные дети от матерей с артериальной гипертензией чаще имеют меньший гестационный возраст при рождении, меньшую массу и длину тела, более высокую частоту заболеваемости, чем дети группы сравнения.



## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ УЗБЕКИСТАНА

Исмаилова Э.<sup>1</sup>, Джамбекова Г.С.<sup>1</sup>, Левицкая Ю.<sup>1, 2</sup>, Гариб В.<sup>1, 3</sup>,  
Кацамаки С.<sup>1</sup>, Магбулова Н.<sup>1, 2</sup>, Исматова М.<sup>1</sup>, Хаитбаева М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Международный центр молекулярной аллергологии при Министерстве инновационного развития Узбекистана, Ташкент, Республика Узбекистан*

<sup>2</sup> *Центр передовых технологий при Министерстве инновационного развития Узбекистана, Ташкент, Республика Узбекистан*

<sup>3</sup> *Венский медицинский университет, Вена, Австрия*

**Актуальность.** При обследовании пациентов с признаками аллергии важно выявить сенсibilизацию к специфическим аллергенам, что не только повышает информативность обследования, но и позволяет в дальнейшем персонализированно подбирать способы лечения и профилактики развития осложнений, прогнозировать развитие заболевания в долгосрочном периоде.

**Цель исследования.** Ранее оценка профиля сенсibilизации у детей к отдельным молекулярным компонентам на территории Узбекистана не проводилась.

**Пациенты и методы.** Сыворотки детей в возрасте 4–18 лет с респираторными симптомами аллергии были протестированы на наличие sIgE к 282 различным аллергенным молекулам при помощи исследовательского алерготеста ALEX (Macro Array Diagnostics), положительным считался уровень sIgE не менее 0,3 kU/L. Анализ профилей IgE-сенсibilизации к аллергенным молекулам и статистический анализ полученных данных проведены с использованием IBM SPSS 20 и Microsoft Excel.

**Результаты.** Для анализа структуры сенсibilизации были отобраны результаты 318 детей с выявленной чувствительностью хотя бы к одному аллергену. Соотношение мальчик : девочка составило 1 : 1,5.

Анализ сенсibilизации к сезонным аллергенным молекулам показал, что сенсibilизация отмечается ко всем молекулам-аллергенам пыльцы трав, представленным на панели чипа (к 11 из 14 представленных компонентов чувствительность была больше чем у 10% обследованных детей), при этом наиболее распространенная чувствительность выявлена к молекуле плевела многолетнего Lol p1 — у 35,53% всех обследованных детей; чувствительность к тимофеевке луговой по сенсibilизации к молекуле Phl p1 отмечена в 33,7% случаев, а чувствительность к молекуле Phl p12 — в 19,5% случаев, сенсibilизация к Phl p 5.0101 отмечается в 11,6%, а к молекулам Phl p6 и Phl p2 сенсibilизация находится практически на одинаковом уровне — 8,2 и 7,6% соответственно, наименее характерной оказалась чувствительность к молекуле Phl p7 — значимые показатели отмечались у 2,2% обследованных детей. К другим злаковым травам чувствительность более чем у 20% выявлена к пыльце ржи — у 24%, у 22,3% — к свинорою пальчатому, в 21% случаев — к пыльце сорго. И несколько реже — в 19–20% случаев — выявлялась сенсibilизация к пыльце тростника и кукурузы, 16% детей были сенсibilизированы к пыльце паспалума.

Чувствительность к пыльце деревьев была менее характерна — из представленных на чипе 30 компонентов наличие сенсibilизации более чем в 10% случаев наблюдалась только к 9. Лидирующим компонентом оказалась молекула кипариса Cup a1 — к ней было сенсibilизировано 27% детей. На уровне 24–25% отмечалась сенсibilизация к молекуле финиковой пальмы Pho d2 и экстракту платана, при этом сенсibilизация к чистой молекуле Pla a1 отмечалась в 19%. Так же на уровне 19,5% отмечалась сенсibilизация к пыльце грецкого ореха, а к экстракту березы были сенсibilизированы 16,7% детей, при этом сенсibilизация к молекуле пыльцы березы Bet v2 отмечалась несколько чаще — в 18,2% случаев, а вот к молекуле Bet v6 значимая сенсibilизация была обнаружена только у 3 детей, что составляет 0,94%. Также следует отметить наличие сенсibilизации к молекуле оливы Ole e2 у 13% детей. К остальным потенциальным молекулам-аллергенам встречаемость сенсibilизации не превышала 10%, а к орешнику практически отсутствовала вовсе (отмечалась только у 3 детей, при этом и сами значения находились на очень низком уровне).

Профиль сенсibilизации к пыльце сорняков был представлен 17 алергокомпонентами, из них к 7 отмечена значимая чувствительность у более чем 10% детей. Наиболее распространенной была сенсibilизация к экстракту солянки — 36% случаев; часто встречалась сенсibilизация к амаранту — в 29,6% случаев, к молекуле полыни Art v1 — в 25,5%. На уровне 10–13% встречаемости отмечалась сенсibilизация к подорожнику (13,2%) и его молекуле Pla l1 (10,4%), а также к щавелю (12%). В то же время для постенницы, просленника, мари белой и крапивы частота встречаемости алергосенсibilизации составляла 1% и менее.

Анализ чувствительности к круглогодичным аллергенам показал, что среди компонентов плесневых дрожжевых грибов наиболее часто отмечалась сенсibilизация к молекуле *Alternaria alternata* Alt a1 — в 34,6% случаев, вторым наиболее вероятным триггером аллергии оказалась молекула аспергилла дымящего Asp f3 (18,2%), к другим молекулярным компонентам (Asp f, Asp f4, Asp f6) чувствительность отмечена менее чем у 1% обследованных детей.



При анализе уровня эпидермальной сенсibilизации выявлена существенная распространенность сенсibilизации к Fel d1 компоненту кошки — 35,2% случаев, к молекулам Fel d2 и Fel d4 — 5,7 и 4,1% соответственно.

Сенсibilизация к яду насекомых отмечалась менее чем в 5% случаев, к аллергенам клещей и тараканов была еще менее выражена, за исключением чувствительности к американскому клещу домашней пыли — 5,4%.

Распространенность сенсibilизации на компоненты продуктов питания находилась на уровне 10%, а во многих случаях не превышала 5%. Исключением явилась молекула арахиса Ara h8, для которой распространенность сенсibilизации составила 18,2%, при этом для других молекул арахиса встречаемость составила менее 1%. Так же менее чем в 1% случаев отмечалась сенсibilизация к компонентам фундука, сои, а к бразильскому ореху и ореху макадамии отсутствовала вообще.

Для зерновых, специй, морепродуктов, мяса, яиц и молока сенсibilизации к аллергокомпонентам была на уровне менее 4,5–5% и полностью отсутствовала к верблюжьему молоку, анисакису (паразит рыб), северной креветке, тунцу, петрушке, курятине и индюшатине.

Сенсibilизация к аллергокомпонентам овощей встречалась менее чем в 8% случаев, при этом практически гипоаллергенными явились оливки (несмотря на наличие чувствительности к аллергокомпонентам пыльцы оливы), морковь, латук и пекарские дрожжи. На фрукты реакция встречалась несколько чаще — на уровне 8,5% и меньше, за исключением вишни, для которой частота аллергосенсibilизации находилась на уровне 11,3%; практически гипоаллергенными оказались апельсин, дыня, манго, киви, инжир, черника, яблоко, а полностью отсутствовала чувствительность к клубнике, банану и папайе.

Среди других вероятных аллергокомпонентов следует отметить молекулу латекса Nev b8, сенсibilизация к которой отмечалась в 19,2% случаев, в то время как на другой компонент, Nev b6, чувствительности обнаружено не было. Также не было выявлено реакции на бромелайн, получаемый из ананасов.

**Заключение.** Полученные данные позволяют определить наиболее востребованные вакцины для АСИТ, а также разработать наиболее эффективные меры профилактики марша аллергосенсibilизации и рекомендации по подбору гипоаллергенной диеты.

## НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗА 2020 Г.

Кайб И.Д., Халидуллина О.Ю., Ушакова С.А., Петрушина А.Д.,  
Патрашков Д.М., Кузнецов И.С., Ваганова А.Е., Селиванов О.К.,  
Самсонов Н.С.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация  
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** По опубликованным данным, у детей новая коронавирусная инфекция протекает в более легкой форме в сравнении со взрослыми. Симптомы заболевания малоспецифичны. Трудно определиться с показаниями для проведения МСКТ органов дыхания.

**Цель исследования.** Выявить особенности течения COVID-19 у детей по данным стационарного наблюдения в моноинфекционном госпитале г. Тюмени за 2020 г.

**Пациенты и методы.** Изучено 93 стационарные карты детей от месяца до 17 лет с подтвержденной инфекцией. Дети были госпитализированы в среднем на 5-й день заболевания. КТ грудной клетки проведено в 78,5%. Пневмония выявлена у 43%. Выделили 2 группы: без пневмонии — 53 ребенка и с пневмонией — 40. Объем поражения: КТ1 (72,5), КТ2 (22,5). В группах детей разделили по возрасту: до года — 20 детей; с 1 года до 7 лет — 12; от 7 до 12 лет — 14; старше 12 лет — 7 детей.

**Результаты.** Гендерная структура в группах: мальчики — 54%, девочки — 46%. Субфебрильная температура была у детей 1-й группы в основном до года — 79,2%. Фебрильная — у 40,0% детей 2-й группы, чаще старше 7 лет. Сухой кашель наблюдался в обеих группах с равной частотой — 32,1 и 35,0%. Проявления насморка в 1-й группе — 45,5%, аносмия у 13,2% против 10,0 и 7,5% 2-й группы, у детей старше 7 лет. Интоксикация наблюдалась в обеих группах: в 1-й группе — слабость у 35,8%, а во 2-й слабость и снижение аппетита — у 17,5% детей. Одышки и снижения сатурации кислорода не было. На жидкий стул жаловались 3 детей: 2 ребенка в 1-й и 1 ребенок 2-й групп. 21,9% детей имели коморбидную патологию, не влияющую на течение инфекции. Анемия легкой степени наблюдалась у 13,2% детей в 1-й группе. Во 2-й — у 12,5% легкая, у 1 ребенка — средней степени тяжести. Лейкопения — у 24,5% детей 1-й группы и у 10,0% из 2-й. Другие показатели крови значимо не менялись. Диагностического повышения СРБ не было ни в одной группе. Ферритин 1,5–2 нормы наблюдался у 3 детей, ЛДГ до 3 норм — у 1 ребенка из 2-й группы.

**Заключение.** Клинические симптомы ОРЗ у детей при новой коронавирусной инфекции COVID-19 не имеют типичных для этого заболевания признаков (выраженная слабость, миалгии, артралгии, головная боль, фебрильная лихорадка) и наблюдались у пациентов обеих групп. Изменения в ОАК у детей также не специфичны. Достаточно сложно определить с клинико-лабораторных позиций наличие поражения легочной ткани и четких показаний для проведения МСКТ органов дыхания.

## **АКТИВНОСТЬ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ: ЕСТЬ ЛИ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПРОНИЦАЕМОСТИ КИШЕЧНИКА?**

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

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

**Актуальность.** Целиакия — аутоиммунное заболевание, характеризующееся определенными серологическими и гистологическими изменениями, вызванными употреблением в пищу глютена у генетически предрасположенных лиц [1]. Секретия антимикробных пептидов клетками кишечной стенки направлена на активацию врожденных иммунных механизмов, однако их значимость для течения ряда заболеваний кишечника, проявляющихся мальабсорбцией, неясна, что обеспечивает актуальность работ в этом направлении.

**Цель исследования.** Определение концентрации антимикробных пептидов фекального  $\beta$ -дефензина 2 и фекального кальпротектина и их связь с кишечной проницаемостью у детей с целиакией.

**Пациенты и методы.** Обследованы 28 детей в возрасте от 2 до 10 лет с впервые выявленной целиакией, из них 15 девочек (83%) и 3 мальчика (17%). Контрольную группу составили 12 детей аналогичного возраста. Средний возраст детей составил  $7,7 \pm 1,7$  года. Определение уровня фекального кальпротектина проводили с помощью Human Fecal Calprotectin (Hucult Biotech, Нидерланды). Определение фекального  $\beta$ -дефензина 2 проводили с помощью набора иммуноферментного сорбента производства Immundiagnostik (Германия). Оценку проницаемости кишечной стенки проводили с помощью неинвазивного метода Петрова [2]. Корреляционный анализ — используя критерий Пирсона.

**Результаты.** Значения уровня  $\beta$ -дефензина 2 в копрофильтрах у больных целиакией составили  $99,6 \pm 15,5$  нг/мл при норме  $64,3 \pm 2,4$  нг/мл ( $p < 0,05$ ). Значения фекального кальпротектина были достоверно повышены:  $35,4 \pm 12,1$  мкг/г у детей ( $19,95 \pm 2,1$  мкг/г,  $p > 0,05$ ). Соотношение маннита и лактулозы у пациентов с целиакией имело отрицательное значение ( $-0,1 \pm 0,004$  ед.) по сравнению с контрольной группой ( $0,3 \pm 0,02$  ед.,  $p < 0,05$ ), что свидетельствует о значительном нарушении целостности кишечного барьера. Значения фекального кальпротектина обратно коррелировали с проницаемостью кишечника. Прямая корреляция установлена между значениями фекального  $\beta$ -дефензина 2 и фекального кальпротектина.

## ПОКАЗАТЕЛИ МАРКЕРОВ ОКСИДАНТНОГО СТРЕССА ПРИ БРОНХИТАХ У ДЕТЕЙ

Капралова А.М.

*ФГБОУ «Казанский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Казань, Республика Татарстан, Российская Федерация*

**Актуальность.** У здоровых лиц окислительно-восстановительные процессы являются важной частью любого звена метаболизма и необходимы как для пополнения энергетических потребностей, так и для доставки и утилизации кислорода в тканях.

**Цель исследования.** Анализ показателей липопероксидации при бронхитах у детей.

**Пациенты и методы.** Изучались уровни малонового диальдегида (МДА) и суммарной антиокислительной активности у детей старше 7 лет с диагнозом «острой бронхит». Уровень малонового диальдегида определялся по реакции малонового диальдегида в сыворотке крови при высокой температуре в кислой среде с 2-тиобарбитуровой кислотой, а определение антиоксидантной активности основывалось на ТБК-активности в модельной системе с желточными липопротеидами.

**Результаты.** Минимальные значения уровня МДА и максимальные значения антиокислительной активности (АОА) отмечены у здоровых детей. Это, на наш взгляд, отражает стабильность перекисного гомеостаза в физиологических условиях. В острый период течения бронхита, напротив, выявлено повышение МДА до максимальных показателей и резкое понижение АОА, что свидетельствует о развитии окислительного стресса и дисбаланса в системе «прооксиданты – антиоксиданты» в сторону преобладания первых. К моменту клинического выздоровления отмечена тенденция к стабилизации липопероксидации, что нашло отражение в умеренном снижении уровня МДА до  $4,04 \pm 0,13$  мкмоль/л ( $p > 0,05$ ) и повышении АОА до  $3,88 \pm 0,51\%$  ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Проведенное исследование показало, что у детей на фоне течения бронхита отмечаются дефицит уровня антиоксидантной защиты и избыточный рост конечных продуктов перекисного окисления липидов, что делает их группой риска по развитию декомпенсации перекисного гомеостаза.

## **ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ШКАЛ И ОПРОСНИКОВ В ГАУЗ ТО «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5»**

**Каримуллин Г.А., Мингалева Н.С., Черепахина Ю.А.**

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

**Актуальность.** Детский церебральный паралич — самая частая причина инвалидности в детском возрасте. Учитывая ограниченное время амбулаторного приема, врач может использовать шкалы и опросники для качественной оценки состояния пациента, выявления актуальных проблем.

**Цель исследования.** Предоставить информацию об актуальных шкалах и опросниках, используемых при работе с детьми с церебральным параличом в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» и результаты собственного исследования.

**Пациенты и методы.** Группу исследуемых составили 52 ребенка обоих полов с диагнозом «церебральный паралич», наблюдаемых в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5». Все дети были обследованы по шкалам GMFCS, MACS, CFCS, EDACS, также детям и их родителям проведена оценка качества жизни по опроснику PedsQL 3.0, модуль «Церебральный паралич».

**Результаты.** По результатам исследования больше половины, 53,85% ( $n = 29$ ), детей с ДЦП относятся к уровню GMFCS I. К уровню GMFCS V относятся 9,62% ( $n = 5$ ). По шкале MACS 46,15% ( $n = 24$ ) относятся к I уровню, 7,69% ( $n = 4$ ) — к уровню V. По шкале CFCS 59,62% ( $n = 31$ ) относятся к I уровню, 11,54% ( $n = 6$ ) — к уровню V. У большинства детей не было отмечено проблем с приемом пищи, уровень EDACS I — 73,08% ( $n = 38$ ). При оценке качества жизни пациенты чаще всего отмечали проблемы в блоке «Усталость» и меньше всего — в блоке «Речь и общение». Родители пациентов отмечали больше проблем в «Повседневной деятельности» и меньше всего — в «Приеме пищи». Жалобы на боль по опроснику качества жизни предъявили 80% пациентов.

**Заключение.** Использование шкал и опросников позволяет объективизировать состояние пациента с ДЦП, выявить те жалобы и проблемы, о которых пациент и его родители могут не сообщить самостоятельно. Стандартизированные международные шкалы не занимают много времени для их использования на амбулаторном приеме и помогают врачу адекватно оценить состояние пациента и своевременно оказать необходимую помощь.

## ПОСТНАТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Карханина В.А., Водовозова Э.В., Леденева Л.Н., Быков В.О.

*Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь, Российская Федерация*

**Актуальность.** Врожденные пороки сердца (ВПС) в России являются одной из самых частых форм пороков развития. Своевременная помощь больным с ВПС возможна только при ранней диагностике заболевания.

**Цель исследования.** Проанализировать характеристику постнатального выявления ВПС у детей Ставропольского края (СК).

**Пациенты и методы.** Исследовано 459 детей с ВПС в отделении кардиологии и ревматологии на базе ГБУЗ СК КДКБ за период с 2017 по 2020 г. (2017 г. — 120 больных; 2018 и 2019 гг. — по 106 пациентов соответственно, 2020 г. — 127 детей). Данные обработаны при помощи пакета прикладной программы Microsoft Excel 2010.

**Результаты.** По данным Информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения СК выявлено, что частота заболеваемости ВПС в крае увеличилась в период с 2017 по 2020 г. Наибольшее количество случаев ВПС было в СК в 2020 г. — 33,5%, в то время как в РФ в 2020 г. — 30,0%.

Из 459 обследованных в СК у 48 больных (10,5%) выявлены критические пороки, у 411 (89,5%) — некритические; мальчиков было 259 (56,5%), девочек — 200 (43,4%); городских жителей — 58 (12,6%), сельских — 401 (87,4%). Впервые ВПС был выявлен до 1 мес жизни больного у 358 (89,5%), от 1 до 6 мес — у 85 (21,3%), после 6 мес — у 16 (10,8%). При осмотре таких больных были установлены стадии хронической сердечной недостаточности (ХСН) до оперативной коррекции по поводу ВПС (для детей раннего возраста использовалась классификация, предложенная Н.А. Белоконов, для детей школьного и подросткового возраста использовалась классификация, предложенная В.Х. Василенко и Н.Д. Стражеско, взятые из клинических рекомендаций Минздрава России): I стадия — 241 (52,5%), II стадия — 124 (27,0%), III ст. — не выявлено. Была проведена оперативная коррекция порока: паллиативная (первые 6 мес жизни) — 61 (13,3%); радикальные (от 1 года до 3 лет) — 214 (46,6%), радикальные (от 3 до 6 лет) — 170 (37,1%), радикальные (старше 6 лет) — 14 (3,0). Медикаментозное лечение было проведено перед операцией всем исследованным детям.

**Заключение.** За последние 5 лет доля ВПС в СК увеличивается. Впервые ВПС постнатально диагностируются в основном до 1 мес жизни, преимущественно у мальчиков, проживающих в селе. При объективном осмотре превалировала I стадия (52,5%) ХСН. Оперативная коррекция проводилась преимущественно радикальная в возрасте от 1 года до 3 лет, всем больным осуществлялось предоперационное медикаментозное лечение.



## ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КРОВИ И МОЛОКА КОРОВЫ, ИММУНИЗИРОВАННОЙ РЕКОМБИНАНТНОЙ ВАКЦИНОЙ ПРОТИВ SARS-CoV-2 ЧЕЛОВЕКА

Кацамаки С.П.<sup>1</sup>, Гариб В.Ф.<sup>2</sup>, Гариб Ф.Ю.<sup>3</sup>, Пахомова Ж.Е.<sup>4</sup>,  
Джамбекова Г.С.<sup>4</sup>, Левицкая Ю.В.<sup>4</sup>, Брюхов А.А.<sup>4</sup>, Захидова Н.Э.<sup>5</sup>,  
Рахметова М.Т.<sup>4</sup>, Бус Г.В.<sup>5</sup>, Карамова К.С.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Кластер молодых ученых, Группа инноваций в биомедицине МЦМА,  
МИР, Ташкент, Республика Узбекистан

<sup>2</sup> Медицинский университет Вены, Вена, Австрия

<sup>3</sup> Российская Медицинская Академия непрерывного профессионального  
образования Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> Международный центр молекулярной аллергологии МИР, Ташкент,  
Республика Узбекистан

<sup>5</sup> Научно-диагностический центр лабораторных технологий Defactum  
Laboratories, Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Иммунологические исследования доказывают, что антитела являются эффективными молекулами для санации организма от вирусов. Формирование мутаций приводит к снижению эффективности вакцин и фокусирует внимание на создании антител с перекрестной реактивностью. Антитела содержатся также в молоке женщин, перенесших COVID-19 или вакцинированных. Пассивная иммунизация рассматривается как вариант протекции групп лиц, вакцинация которых невозможна и в отношении которых нет доказательств безопасного использования имеющихся вакцин против SARS-CoV-2, в том числе детей.

**Цель исследования.** Изучение вируснейтрализующей активности сыворотки и молока коровы, активно иммунизированной против SARS-CoV-2.

**Пациенты и методы.** Вакцинация здоровой отелившейся коровы проводилась рекомбинантной вакциной Zifivax (ZF2001) против вируса SARS-CoV-2 из расчета 1 доза вакцины на 70 кг животного. Ревакцинацию проводили через 28 и 56 дней. Сыворотка крови и молоко вакцинированного животного оценивались на степень ингибиции связывания RBD вируса с рецептором АПФ2 человека методом хемилюминесцентного анализа MAGLUMI® SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody, в тесте Molecular Inhibition Assay, в прямом тесте нейтрализации с использованием живого вируса SARS-CoV-2 и клеток Vero E6. Изоотипы антител определялись методом ИФА.

**Результаты.** Нейтрализующие антитела к RBD-домену и S-протеину SARS-CoV-2 в сыворотке крови и молоке вакцинированного животного обнаруживаются через 2 нед после первой вакцинации. Ревакцинация способствовала увеличению эффекта ингибиции. Пик нейтрализации сыворотки и молока отмечен на 77-й день со дня первой вакцинации и составил 100 и 40% соответственно. Полная нейтрализация цитопатического действия вируса на клетки Vero E6 обнаруживалась даже при 120-кратной титрации сыворотки. Сыворотка крови и молоко вакцинированного животного содержали специфические IgG к RBD-домену и S-белку SARS-CoV-2, коррелирующие друг с другом в динамике вакцинации.

**Заключение.** Кровь и молоко сельскохозяйственного животного после иммунизации вакциной Zifivax содержат антитела IgG к RBD и S-белку SARS-CoV-2 и обладают способностью ингибировать связывание RBD SARS-CoV-2 с рецептором АПФ2 человека. Исследование выполнено по гранту Министерства инновационного развития РУ М-2021-1. Результаты защищены Агентством по интеллектуальной собственности РУ № IAP 2021 0365.

## АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ Е К АЛЛЕРГЕНАМ И ЭНТЕРОТОКСИНАМ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА СО СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ 3–6 ЛЕТ

Кашинская Т.С., Шахова Н.В.

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

**Актуальность.** Одним из ключевых звеньев патогенеза атопического дерматита (АтД) является сенсибилизация к аллергенам и энтеротоксинам золотистого стафилококка, что влияет на тяжесть течения заболевания. Ряд исследователей демонстрирует ассоциацию сенсибилизации к аллергенам и энтеротоксинам золотистого стафилококка со степенью тяжести АтД, однако данные противоречивы.

**Цель исследования.** Оценить ассоциацию степени тяжести АтД с уровнем специфических IgE к аллергенам и энтеротоксинам золотистого стафилококка.

**Пациенты и методы.** Работа выполнена в дизайне одномоментного проспективного исследования среди детей 3–6 лет с АтД ( $n = 146$ ). Диагноз АтД верифицирован на основании критериев J.M. Hainifin и G. Rajka. Степень тяжести оценивалась по объективному индексу SCORAD. Определяли уровень специфических IgE к ингаляционным и пищевым аллергенам (*Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*, эпителий кошки, коровье молоко, куриное яйцо) методом иммунофлуоресценции на трехмерной твердой пористой фазе на автоматическом анализаторе ImmunoCAP 250 (Phadia AB, Thermo Fisher Scientific, Швеция). Специфические IgE к энтеротоксинам золотистого стафилококка типа А и В определяли хемилюминесцентным иммуноанализом на автоматическом анализаторе Immulite 2000 (SIEMENS, США). Для оценки ассоциации использовали коэффициент корреляции Спирмена.

**Результаты.** Из 146 детей 41,0% мальчиков и 59,0% девочек. Средний возраст составил  $4,4 \pm 1,2$  года. У детей 3–6 лет с АтД отмечалась сенсибилизация к эпителию кошки — 34,2%, к клещу *D. pteronyssinus* — 16,4%, *D. farinae* — 6,2%, к белкам коровьего молока — 20,5%, куриного яйца — 19,8%. Сенсибилизация к энтеротоксинам типа А и В золотистого стафилококка выявлена у 8,2% детей. Обнаружена сильная положительная ассоциация степени тяжести АтД с уровнем специфических IgE к *D. farinae* ( $r = 0,718$ ;  $p = 0,019$ ), умеренная положительная ассоциация с IgE к эпителию кошки ( $r = 0,410$ ;  $p = 0,016$ ) и умеренная положительная ассоциация с IgE к куриному яйцу ( $r = 0,420$ ;  $p = 0,015$ ). Не выявлено ассоциации степени тяжести АтД с IgE к энтеротоксинам золотистого стафилококка, коровьему молоку, *D. pteronyssinus*.

**Заключение.** Степень тяжести АтД у детей 3–6 лет коррелирует с уровнем специфических IgE к клещу *D. farinae*, эпителию кошки и куриному яйцу.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГАСТРОСТОМЫ У ДЕТЕЙ ПАЛЛИАТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В МИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кашляк О.С.<sup>1</sup>, Зайцев Д.В.<sup>1</sup>, Лазарчик И.В.<sup>1</sup>, Ненартович И.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Минская областная детская клиническая больница, а/г Лесной, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Белорусская медицинская академия, Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Нутритивная поддержка — ключевой элемент паллиативной помощи. Если пациент не может есть сам, используют зонд (до 4 нед). Для профилактики осложнений кормления через зонд (воспалительный процесс, пролежни, кровотечения) применяют гастростому.

**Цель исследования.** Охарактеризовать когорту детей, находящихся под паллиативным наблюдением, и получающих энтеральное питание через гастростому в Минской области (Республика Беларусь).

**Пациенты и методы.** В ретроспективное исследование включены 328 пациентов, находящихся под паллиативным наблюдением, проживающих в Минской области. Проанализированы данные республиканского регистра детей, нуждающихся в паллиативной помощи в Минской области. В Минской области под паллиативным наблюдением на 01 января 2022 г. состояли 328 детей. Из них 4,6% (15/328) получают энтеральное питание через гастростому.

**Результаты.** В структуре заболеваний этих пациентов лидирует неврологическая патология: детский церебральный паралич (G80) — 33% (5/15), спинальная мышечная атрофия I типа (G12.0) — 13% (2/15), нейродегенеративные заболевания (G32.0) — 6,7% (1/15), эпилепсия (G40) — 6,7% (1/15), последствия перенесенной нейроинфекции (G09) — 13% (2/15), последствия гипоксической энцефалопатии с некурабельными органическими поражениями ЦНС (G93.4) — 6,7% (1/15), внутримозговое кровоизлияние внутрижелудочковое (I61.5) — 6,7% (1/15). У 13% (2/15) выявлены различные врожденные пороки развития (Q25, Q39).

Возрастная структура пациентов следующая: 13% (2/15) — дети раннего возраста (3 года), 33% (5/15) — дети в возрасте 6–10 лет, 33% (8/15) — 12–17 лет.

По половому признаку структура следующая: 53% (8/15) — мальчики, 47% (7/15) — девочки.

Треть пациентов (5/15) являются воспитанниками специализированных интернатных учреждений Минской области, 67% (10/15) воспитываются в семьях.

Средняя длительность энтерального питания через гастростому — 4,1 года (минимум 1 мес, максимум 12 лет). На фоне кормления через гастростому отмечена положительная динамика массы и длины тела.

**Заключение.** У анализируемых пациентов ведущим является неврологическое заболевание, проявления которого делают самостоятельное кормление неэффективным или невозможным. Энтеральное питание через гастростому является безопасным и эффективным способом кормления пациента, который не способен есть самостоятельно. Необходимо дальнейшее проведение информационной кампании среди медицинских работников первичного звена и родителей пациентов о технике такого кормления, уходе за гастростомой.

## ПОРТРЕТ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА, РОЖДЕННОГО ОТ МАМЫ, ПЕРЕНЕСШЕЙ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кетова О.Н.<sup>1</sup>, Мауль С.А.<sup>1</sup>, Голубева А.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 3», Тобольск,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», Тюмень,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Современные научные работы 2019–2021 гг., посвященные изучению проявлений новой коронавирусной инфекции, остаются актуальными и отмечают ухудшение показателей кровотока практически во всех органах и системах, приводящего к формированию дополнительных факторов риска и причин рождения недоношенных детей.

**Цель исследования.** Представить статус недоношенного ребенка, рожденного от матери, перенесшей COVID-19 во время беременности.

**Пациенты и методы.** Проведен клинический анализ амбулаторной карты недоношенного ребенка (оценка по Ballard — 34 нед), рожденного мамой, перенесшей новую коронавирусную инфекцию в 26 нед беременности, затем в 29 нед — острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ). Беременность первая, желанная, хронических заболеваний у мамы не было.

**Результаты.** Преждевременные роды начались с излития околоплодных вод, протекали с длительным безводным периодом (около 23 часов). Мальчик родился с весом 2331 г, рост — 45 см, оценка по шкале APGAR — 8/8 баллов, с ишемическими нарушениями мышечного тонуса, перинатальным поражением нервной системы (ППНС), дефектом межпредсердной перегородки, пиелоэктазией слева, неонатальной желтухой. При осмотре офтальмологом выявлены симметричные двусторонние изменения глазного дна. Паравазальный диффузный отек сетчатки сосудов 3-го калибра по ходу нижнего сосудистого пучка (расположенный в 1-й зоне). На границе 1-2-й зоны — локальный мягкий экссудат, вытянутой формы (1 rd), с точечными кровоизлияниями на нем, извитость сосуда и фрагментарность кровотока в артериях, вена «утопает» в отечной сетчатке. Макулярная область при этом не изменена. В динамике через неделю отмечено ухудшение картины глазного дна, появляется заинтересованность артерии второго порядка по ходу верхнего сосудистого пучка (легкая извитость сосуда и фрагментарный кровоток), но уменьшается в размере мягкий экссудат. При осмотре через 3 мес на глазном дне выявлено только перераспределение пигмента по заднему полюсу глазного яблока. Ребенок фокусирует взгляд при перемещении предмета.

**Заключение.** Недоношенный ребенок от мамы, перенесшей новую коронавирусную инфекцию в 26 нед, ОРВИ — в 29 нед беременности, имеет неврологическую, соматическую и офтальмологическую патологию. Необходим мультидисциплинарный подход к реабилитации новорожденного.



## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ДОПРИЗЫВНИКОВ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Ким А.В., Гончар Н.О., Шарафутдинова Л.Л., Ерина М.Ю.

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

**Актуальность.** Формирование вооруженных сил здоровым пополнением — актуальная проблема. Одна из основных причин в структуре заболеваний среди призывных ресурсов, являющихся основанием для освобождения от призыва, — болезни системы кровообращения.

**Цель исследования.** Изучение и оценка распространения болезней органов кровообращения среди юношей 15 и 16 лет в зависимости от медико-социальных и территориальных факторов в Санкт-Петербурге, крупном промышленном центре.

**Пациенты и методы.** Проведено исследование, направленное на ретроспективное изучение официальных отчетных данных о нуждаемости в лечебных и оздоровительных мероприятиях юношей 15 и 16 лет в динамике за 2016–2021 гг. (число единиц наблюдений более 240 тыс.). Анализ проводился сплошным методом в зависимости от районов проживания, объединенных в 4 группы (спальные, промышленные, центральные и пригородные), а также от их социально-экономических характеристик.

**Результаты.** Получены убедительные данные, указывающие на существенные различия социально-экономических и медико-социальных характеристик групп районов: особенность центральной группы (исторический центр) — высокая плотность населения, низкая обеспеченность жильем на 1 жителя и 3-е место по укомплектованности врачами-педиатрами. Наибольший уровень обеспеченности врачами-педиатрами отмечен в спальных и промышленных районах, минимальный — в группе пригородных районов. В ходе исследования выявлена незначительная тенденция к снижению нуждаемости в лечении и оздоровлении юношей 15 и 16 лет. В центральных районах отмечено наибольшее распространение болезней системы кровообращения, наименьшее — в спальных районах, различия признаны статистически достоверными. Во всех анализируемых группах динамика носит разнонаправленный характер, при этом наибольшие отличия зафиксированы в 2018 г., когда наибольшие величины фиксировались в группе центральных районов (37,13 на 1000 чел.), а наименьшие — в промышленных районах (31,29 на 1000 чел.).

**Заключение.** 1. Имеются существенные различия в уровнях нуждаемости в лечении и оздоровлении юношей 15 и 16 лет с болезнями системы кровообращения в зависимости от медико-экономических и медико-социальных характеристик районов проживания. 2. Изучение медико-экономических и медико-социальных характеристик районов проживания позволит определить пути оптимизации работы детской сети по раннему выявлению болезней системы кровообращения и формированию комплекса профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ МЕГАПОЛИСА

Ким А.В., Башкетова Н.С., Шарафутдинова Л.Л., Катаева И.С.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Инфекционная заболеваемость представляет собой серьезную общественную проблему и является показателем национальной безопасности. Особенностью 2020 г. стало эпидемическое распространение новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

**Цель исследования.** Провести анализ инфекционной заболеваемости детей 0–17 лет, оценить ее распространенность в зависимости от медико-экономических и медико-социальных характеристик района проживания в Санкт-Петербурге.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ инфекционной заболеваемости детей Санкт-Петербурга в 2016–2020 гг., особенностей распространения инфекционной заболеваемости в группах районов проживания, показаны принципы группировки районов проживания детей и отражены медико-социальные и медико-экономические особенности характеристики групп районов, дана оценка инфекционной заболеваемости в период пандемии новой коронавирусной инфекции.

**Результаты.** Санкт-Петербург — крупный мегаполис, административно разделенный на 18 районов. Проведенное условное картографическое деление города позволило выделить 4 группы территорий, объединенных в зависимости от медико-экономических и медико-социальных характеристик района: спальные районы, промышленные, центральные и пригородные. В городе в целом отмечен рост детского населения 0–17 лет, максимальный прирост отмечен в спальных районах и пригородных (на 16,4 и 21,6% соответственно). Во всех группах районов города в 2020 г. по сравнению с 2019 г. отмечается рост заболеваемости вирусной пневмонией, наиболее значимый в промышленных — с 1,50 до 34,8 на 100 000 детского населения и пригородных районах — с 3,24 до 33,85. В трех группах районов — спальных, промышленных и центральных — регистрировался рост заболеваемости гонококковой инфекцией. Наиболее значимый в промышленных районах города — с 0,75 в 2019 г. до 6,96 на 100 000 детского населения в 2020 г. Во всех группах районов отмечается значительное снижение заболеваемости кишечными инфекциями, а также ОРВИ, скарлатиной, коклюшем и другими.

**Заключение.** 1. Во всех группах районов отмечается тенденция по снижению заболеваемости с сохранением нозологического состава регистрируемой инфекционной заболеваемости. 2. Мероприятия организационного и противоэпидемического характера возможно решать с учетом условного деления города на группы районов, объединенных по ряду характеристик. 3. Изучение инфекционной заболеваемости в период пандемии новой коронавирусной инфекции будет способствовать оптимизации организационных и противоэпидемических мероприятий.



## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Ким Л.В., Желев В.А., Романова А.А.

*ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Проблема некротизирующего энтероколита (НЭК) определяется высокой частотой патологии, тяжестью состояния пациентов, высокой летальностью. В настоящее время отсутствует единое представление о профилактике, ранней диагностике, хирургической тактике и тактике послеоперационного ведения.

**Цель исследования.** Проанализировать результаты лечения НЭК новорожденных детей в Томской области в период с 2011 по 2021 гг.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 129 случаев НЭК у новорожденных детей, находившихся в ОГАУЗ «Областной перинатальный центр им. И.Д. Евтушенко» в период с 2011 по 2021 г. Пациенты разделены на 3 группы соответственно стадиям НЭК по классификации Bell. Выполнен анализ лабораторных показателей, данных анамнеза, динамики течения заболевания и исходов. Полученные результаты подвергались статистическому анализу в программе SPSS Statistics.

**Результаты.** Более половины детей (68%) с НЭК родились недоношенными, при этом у 46 детей (36%) вес был менее 1500 г, преобладали мальчики (56%). В результате анализа лабораторных данных достоверных различий со стороны лейкоцитов по сравнению с нормой не выявлено. Однако у детей с НЭК отмечена стойкая тромбоцитопения ( $87,31 \pm 33,12$ ). Установлена корреляция между резким уменьшением количества тромбоцитов, отрицательной динамикой состояния пациента и протяженностью некроза кишки. При анализе кислотно-щелочного состояния пациентов с НЭК обнаружены метаболический ацидоз и следующее за ним в течение нескольких часов снижение ионов  $\text{Na}$  в сыворотке. Было отмечено, что летальность возрастает в 4 раза в группе детей с НЭК III стадии, что обусловлено наличием осложнений заболевания, таких как перфорация кишки, перитонит и сепсис.

**Заключение.** НЭК — это тяжелое заболевание, которое приводит к смерти почти трети недоношенных новорожденных. Несмотря на многочисленные исследования, результаты лечения НЭК существенно не улучшились за последние три десятилетия. Современные исследования должны быть направлены на поиск ранних диагностических биомаркеров НЭК. При этом диагностические методы должны быть неинвазивными ввиду крайне тяжелого состояния недоношенных новорожденных. Обнаружение данных биомаркеров, несомненно, приведет к увеличению выживаемости и улучшению качества жизни детей.

## РАЗРАБОТКА ПАСПОРТОВ СЛУЖБ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ-ГЕМАТОЛОГИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СТРАН СНГ

Киргизов К.И.<sup>1</sup>, Ердомаева Я.А.<sup>1,2</sup>, Сагоян Г.Б.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Бурятия, Улан-Удэ, Российская Федерация

**Актуальность.** В 2018 г. начал свою деятельность Европейский Альянс детских онкологов (ЕврАДО), объединяющий специалистов детских онкологов и гематологов, организаторов здравоохранения, представителей благотворительных организаций и других заинтересованных лиц из республик — Азербайджанской, Армении, Беларуси, Казахстана, Кыргызстана, Молдовы, Таджикистана, Узбекистана и стран — Монголии, Российской Федерации, Украины. Одной из приоритетных задач работы ЕврАДО стал проект по разработке паспортов служб детской онкологии-гематологии для получения данных о ресурсах служб оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями, обоснования организационных решений и разработки единого стратегического подхода для улучшения качества оказания медицинской помощи детям со злокачественными новообразованиями (ЗНО). Ведь известно, что в странах с высоким уровнем дохода, где доступны комплексные услуги оказания медицинской помощи, от онкологических заболеваний излечиваются более 80% детей, а в странах с низким и средним уровнем дохода излечение наступает только в 15–45% случаев.

**Цель исследования.** Разработка паспортов служб детской онкологии-гематологии стран СНГ в формате карт для оценки, анализа и определения приоритетных шагов для оптимизации их деятельности.

**Пациенты и методы.** В качестве инструмента паспортизации были использованы инфографические карты как один из эффективных способов визуального отображения большого объема информации в разрезе территорий и в едином формате. Паспорта были созданы в MS Power Point с сохранением результатов в формате PDF.

**Результаты.** В ходе исследования была разработана единая карта служб детской онкологии и гематологии стран СНГ на русском и английском языках с указанием уровня заболеваемости ЗНО среди детей от 0 до 17 лет включительно на 100 000 населения; месторасположения ведущих научно-клинических центров в каждой из стран; путей маршрутизации детей с редкими формами рака; наличия телемедицинской сети в медицинских организациях страны. Структура служб разнообразна в каждой из представленных стран и имела уникальные составляющие. Чаще всего служба в странах с численностью детского население от 2 до 5 млн человек представлена двумя национальными медицинскими центрами детской онкологии и гематологии, которые расположены в административном центре. В России 11 национальных медицинских центров, в Узбекистане и на Украине по три НМИЦ. На Украине, в республиках Беларусь, Казахстан и Узбекистан достаточно хорошо развита региональная сеть медицинских учреждений с наличием врачей — детских онкологов и гематологов на местах.

Существуют некоторые ограничения в отношении врачебного персонала службы детской гематологии-онкологии, особенно в странах Центральной Азии — 3 страны сообщают о 0,4–0,7 детских онкологов и гематологов на 100 000 детей. При оценке оснащенности было выявлено, что только у пациентов 5 стран из 11 есть доступ ко всем основным диагностическим средствам и лечению. 6 стран отметили, что позитронно-эмиссионная томография или недоступна, или доступна только в частных клиниках, платно. Централизация службы в столице, расстояние до профильных коек более 1000 км (в 3 странах из 11) ограничивают равный доступ детей к специализированной помощи и должны побуждать организаторов службы на развитие телемедицинских технологий и повышение уровня знаний врачей-педиатров амбулаторной сети для выявления первых симптомов детского рака. Большинство стран-участников используют в своей практике, помимо региональных клинических рекомендаций, международные протоколы лечения ЗНО. Редкие формы рака чаще всего лечат за рубежом, на платной основе и/или на основании налаженных договорных отношений.

**Заключение.** Во время проекта были разработаны 11 паспортов служб, содержащих статистические показатели деятельности и данные по ресурсному обеспечению медицинских организаций, оказывающих помощь детям со ЗНО в странах СНГ. Службы детской онкологии и гематологии в представленных странах изначально имели различный уровень ресурсов, а также экономико-организационные особенности развития системы здравоохранения в целом. Выявленные финансовые, кадровые и медико-организационные барьеры побудили к действиям по совершенствованию организации служб, которые стали возможны благодаря партнерству специалистов ЕврАДО и путем привлечения внимания к проблемам представителей министерств и департаментов здравоохранения каждой из стран.

## ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кисельникова Е.А., Кисельникова О.В., Мозжухина Л.И., Тейф В.А.,  
Панова Е.А., Снигирев А.А.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»,  
Ярославль, Российская Федерация  
ГБУЗ «Ярославской области «Областная детская клиническая больница»,  
Ярославль, Российская Федерация

**Актуальность.** Гипербилирубинемия, являясь наиболее частым синдромом у новорожденных и детей раннего возраста, остается наиболее актуальной проблемой в педиатрии. Зачастую под маской «физиологической желтухи» могут скрываться серьезные заболевания.

**Цель исследования.** Изучить клинико-анамнестические особенности новорожденных и детей раннего возраста с синдромом гипербилирубинемии для оптимизации диагностики и тактики ведения.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ 141 истории болезни детей с синдромом гипербилирубинемии в возрасте от 0 до 58 дней (средний возраст —  $13 \pm 7$ ), находившихся в отделении патологии новорожденных ГБУЗ ЯО ОДКБ за период с июля по декабрь 2019 г. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу («прямая» гипербилирубинемия) вошли 38 (27%) детей; 2-ю группу («непрямая» гипербилирубинемия) составили 103 (73%) больных.

**Результаты.** При анализе перинатального анамнеза выявлено, что в 1-й группе патологическое течение беременности регистрировалось в 86% случаев, во 2-й группе — в 73% ( $p < 0,05$ ). При этом наиболее частыми отклонениями в течении беременности у матерей в группе «прямых» гипербилирубинемий были анемия (44%), ОРВИ (26%), угроза прерывания (24%).

Основным клиническим синдромом у детей и в 1-й, и во 2-й группах явился синдром желтухи, причем в группе «непрямых» гипербилирубинемий в первые дни заболевания он составил большую часть по сравнению с группой «прямых» желтух (78% против 32% соответственно). Но ко 2-му мес жизни соотношение составило 18% против 28% соответственно. У детей этой группы также были зарегистрированы эпизоды ахолического стула (11%).

Гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТ) достоверно чаще регистрировалась в 1-й группе детей и составила 85% (средний показатель ГГТ —  $146 \pm 16$  Ед) против 73% во 2-й группе (средний показатель  $89 \pm 11$  Ед). При этом достоверных различий по уровню щелочной фосфатазы получено не было.

Обращает на себя внимание тот факт, что при УЗИ в половине случаев был зарегистрирован сокращенный желчный пузырь, что дает «ложную» картину и затрудняет диагностику. При повторных исследованиях натощак в группе «прямых» желтух у 4 детей были зафиксированы пороки желчного пузыря.

**Заключение.** Синдром гипербилирубинемии у новорожденных и детей раннего возраста требует четкого дифференциального подхода.

«Прямая» гипербилирубинемия может явиться симптомом тяжелой патологии печени с неблагоприятным исходом. В дебюте у этих детей наиболее значимыми клиническими проявлениями явились затяжная желтуха в неонатальном периоде и ахолия стула. Важнейшим маркером холестаза является ГГТ.

Необходимо обратить внимание на проведение УЗИ гепатобилиарной системы: для четкой визуализации желчных путей исследование должно проводиться строго натощак. Это позволит вовремя установить причину гипербилирубинемии и определить дальнейшую лечебную тактику.



## ИЗУЧЕНИЕ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Коваленко Д.В., Шуматова Т.А., Приходченко Н.Г., Григорян Л.А.

ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, Владивосток, Российская Федерация

**Актуальность.** Мутации генов фолатного цикла, нарушающие репарацию и метилирование ДНК, являются предрасполагающим фактором развития некоторых заболеваний.

**Цель исследования.** Изучение полиморфизмов генов фолатного цикла у детей с пищевой аллергией.

**Пациенты и методы.** Обследованы 56 детей раннего возраста с пищевой аллергией и 30 здоровых детей. В крови методом полимеразной цепной реакции изучались полиморфные варианты генов фолатного цикла — генотипы С677Т и А1298С гена МТНFR, генотип А66G гена МТRR и генотип А2756G гена МТR. Для статистической обработки данных использовали непараметрические методы.

**Результаты.** Установлено, что наличие гомозиготного варианта аллели ТТ полиморфного маркера С677Т гена МТНFR увеличивает риск развития пищевой гиперчувствительности у детей более чем в 2 раза, в 1,5 раза увеличивает риск развития пищевой аллергии наличие гомозиготного варианта АА генотипа А1298С гена МТНFR, гетерозиготного варианта АС этого гена — в 1,3 раза. Регистрация аллели СС повышает риск патологии в 2 раза.

Носительство гомозиготного варианта аллели GG полиморфного маркера А66G гена МТRR увеличивает вероятность пищевой аллергии в 2,8 раза, гетерозиготный вариант AG этого гена — в 1,2 раза. Выявление неблагоприятной аллели G генотипа А2756G гена МТR увеличивает риск пищевой гиперчувствительности в 3,4 раза, гетерозиготного варианта AG гена — в 1,2 раза.

**Заключение.** В результате проведенного исследования выявлена ассоциация ряда полиморфных маркеров генов фолатного цикла с развитием пищевой аллергии у детей, полученные данные могут быть использованы в клинической практике.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Кожевников О.В., Кралина С.Э., Грибова И.В.

ФГБУ «НМИЦ ТО имени Н.Н. Приорова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Доля пациентов с патологией тазобедренного сустава в структуре заболеваемости опорно-двигательного аппарата у детей очень высока. Проведение своевременного и адекватного лечения этих заболеваний с предотвращением прогрессирования процесса и восстановлением нормальной анатомии является обязательным условием восстановления функции сустава и залогом профилактики развития раннего коксартроза.

**Цель исследования.** Оценить результаты хирургического лечения детей с патологией тазобедренного сустава, у которых предоперационную подготовку оптимизировали за счет использования комплекса современных методов диагностики.

**Пациенты и методы.** За последние 10 лет (2012–2021 гг.) в отделении детской ортопедии ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» проведено лечение 1215 пациентов с заболеваниями тазобедренных суставов в возрасте от 5 мес до 18 лет. Распределение пациентов по заболеваниям следующее: врожденный вывих бедра — 873 пациента, болезнь Легга – Кальве – Пертеса — 117, юношеский эпифизеолиз головки бедра — 34, последствия инфекционного поражения тазобедренного сустава — 55, асептический некроз головки бедра — 56, врожденная варусная деформация шейки бедра — 5, поражение тазобедренного сустава при наследственных системных заболеваниях (артрогрипоз, синдром Ларсена, синдром Прадера – Вилли, синдром Билса, синдром Марфана, и др.) — 69, другие — 6.

С целью интерпретации состояния тазобедренных суставов применялись следующие методы исследования: клинический, рентгенологический, компьютерная томография. На основании проведенных обследований определялась тактика хирургического лечения. В большинстве случаев из-за выраженных патологических изменений тазобедренного сустава пациентам было показано проведение нескольких видов реконструктивных вмешательств в разном их сочетании. В каждом конкретном случае выстраивался наиболее рациональный план оперативного лечения, при этом учитывались многочисленные факторы, такие как обще- и психосоматическое состояние ребенка, наличие сопутствующей патологии, реабилитационный потенциал и др. В некоторых случаях, оценив все составляющие, находили возможным проведение комплексного оперативного лечения с необходимым количеством этапов. Выполнялись следующие виды оперативных вмешательств: открытое вправление головки бедра во впадину (в ряде случаев с моделирующей резекцией головки бедра), корригирующие остеотомии проксимального отдела бедренной кости (варизирующие, вальгизирующие, деторсионные, укорачивающие, передне-ротационные), остеотомия таза по Солтеру, тройная остеотомия таза с транспозицией вертлужной впадины, остеотомия таза в сочетании с ацетабулопластикой, резекция с транспозицией большого вертела, декомпрессия сустава в системе демпферной разгрузки, эпифизиодез головки бедра винтами, использование дистракционного спице-стержневого аппарата «таз – бедро», контролируемое блокирование зон роста (гемиепифизиодез).

**Результаты.** Оценка функционального состояния нижней конечности до и после лечения проводилась на основании интегральной системы оценки функции нижней конечности. Сроки наблюдения составили от 1 года до 9 лет. Полная компенсация функции тазобедренного сустава достигнута у 85% пациентов, субкомпенсация функции — у 10%. По всем показателям был отмечен прирост, выявлены значительные положительные сдвиги при выполнении функциональных тестов и заданий, уменьшились или исчезли боли в суставе, улучшилась походка; на рентгенограммах — улучшилась конгруэнтность суставных поверхностей, прогрессирования дегенеративно-дистрофических проявлений не выявлено. У пациентов с признаками ювенильного коксартроза произошел регресс костных кист, снизилась зона распространенности субхондрального склероза. В группу декомпенсации функции по результатам тестов отнесено 5% пациентов. Ее составили дети с недостаточным сроком реабилитации (около 1 года после операции), у которых сохранялись ограничения амплитуды движений в суставе, укорочение конечности. В ряде случаев отмечались признаки дистрофических процессов в головке бедра.

**Заключение.** Многолетний опыт лечения детей разных возрастных групп с патологией тазобедренного сустава позволил нам разработать комплекс последовательного этапного лечения, обеспечивающий благоприятные отдаленные результаты. В основу лечения положены отказ от грубых одномоментных манипуляций и как можно более раннее устранение нестабильности тазобедренного сустава. Использование современных методов диагностики, составление хирургического лечения, владение техникой оперативных вмешательств, а также наличие адекватных средств остеосинтеза обеспечивает достижение хороших отдаленных анатомо-рентгенологических результатов.



## ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ МИОФИБРОБЛАСТИЧЕСКАЯ ОПУХОЛЬ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Кожевников В.А., Елькова Д.А.

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

**Актуальность.** Миофибробластическая опухоль легкого — новообразование мезенхимальной природы, характеризуется пролиферацией миофибробластных клеток с миксоидной или коллагеновой стромой, крайне редкая патология, составляющая 0,04–1% всех новообразований легких.

**Цель исследования.** Оценить результаты оперативного лечения детей с воспалительной миофибробластической опухолью легкого.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 2 пациентов клиники детской хирургии Алтайского края с гистологически подтвержденным диагнозом воспалительной миофибробластической опухоли легкого за 2020–2021 гг. Больными были 1 девочка 7 лет и 1 мальчик 5 лет. У обоих детей до выявления новообразования легкого в анамнезе отмечалась перенесенная инфекция COVID-19. До настоящего заболевания оба ребенка здоровы, наследственность не отягощена.

**Результаты.** Жалобы при поступлении в ДХО на субфебрилитет, слабость, общее недомогание. Ранее дети находились в педиатрических отделениях, получали консервативное лечение по поводу ОРВИ. Выявлено ускорение СОЭ, на рентгенограммах легких у девочки — образование шаровидной формы S 2–3 справа, у мальчика — аналогичное образование слева. По УЗИ грудной клетки у девочки выявлены эхографические признаки гигантского кистозно-солидного образования правой половины грудной клетки 90 × 65 × 75 мм. Эхографически точно определить топiku данного образования затруднительно. Предположительная локализация: 1) ребро, 2) средостение, 3) правое легкое. У мальчика УЗ-признаки образований верхней доли левого легкого (32,2 × 30 мм и 29,9 × 21 мм) при ЦДК с кровотоком. МСКТ легких: признаки объемного образования верхней доли правого легкого, воспалительных изменений S 1 правого легкого (вторичного характера?) и образования верхней доли левого легкого (бронхогенные кисты с высокобелковым содержимым? нельзя исключить их инфицированность) соответственно. Обоим пациентам выполнена боковая торакотомия, удаление опухоли.

**Заключение.** Оба ребенка после оперативного удаления опухоли легких и результатов гистологического исследования были с выздоровлением выписаны домой. В контрольных обследованиях в динамике (УЗИ, рентгенография, МСКТ легких) через 1, 3 и 6 мес патологических новообразований нет, другой патологии не обнаружено.



## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕМИЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кожевникова Л.А.<sup>1</sup>, Сметанина С.А.<sup>1</sup>, Горохова Н.Е.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

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

**Актуальность.** Анемия является наиболее распространенным заболеванием крови у детей. Наиболее частой в детской популяции является железодефицитная анемия (ЖДА), распространенность которой у детей раннего возраста в отдельных регионах РФ достигает 50–73%.

**Цель исследования.** Выявить особенности этиологии и клинических проявлений анемий тяжелой степени у детей грудного и раннего возраста.

**Пациенты и методы.** Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 36 детей грудного ( $n = 6$ ) и раннего возраста ( $n = 30$ ) от 0 до 3 лет, находившихся на лечении по поводу анемии тяжелой степени в детском отделении ОКБ № 1 г. Тюмени. У всех пациентов уточнялись перинатальные и постнатальные факторы риска формирования анемии, оценивалась клиническая картина заболевания, данные лабораторно-инструментальных методов обследования.

**Результаты.** При поступлении состояние всех детей расценено как тяжелое за счет гипоксемического и сидеропенического синдромов; гематологическая картина соответствовала тяжелой степени анемии: гемоглобин — 65,3 г/л, эритроциты —  $3,1 \times 10^{12}$ /л, ферритин — 3,5 нг/мл, сывороточное железо — 3,46 ммоль/л, трансферрин — 3,66 нг/мл. Всем детям с заместительной целью была выполнена гемотранфузия ЭМОЛТ и назначена медикаментозная пероральная терапия препаратами трехвалентного железа в дозе 4–5 мг/кг массы тела. Средний койко-день пребывания в стационаре составил 10 сут.

В группе исследования в 83% случаев диагностирована железодефицитная анемия ( $n = 30$ ), наследственный микросфероцитоз — в 5,6% ( $n = 2$ ), анемия Даймонда – Блекфена — в 2,8% ( $n = 1$ ), анемия вследствие перенесенного гемолитико-уремического синдрома — в 8,3% ( $n = 3$ ).

У 37% пациентов отмечалась анемия у матери во время беременности, из них в 13% — анемия тяжелой степени. У 84,6% пациентов выявлено нерациональное питание: кормление коровьим молоком или неадаптированными молочными смесями (75,2%), манной кашей, печеньем с молоком (9,0%), несвоевременное введение мясных блюд (15,8%), а также низкая приверженность терапии препаратами железа в семьях детей, которым ранее были назначены препараты железа (15,4%).

**Заключение.** У детей грудного и раннего возраста ведущим этиологическим фактором развития анемии тяжелой степени является дефицит железа. Грубые ошибки в организации питания детей раннего возраста, несвоевременная диагностика латентного дефицита железа на поликлиническом этапе и низкая приверженность к терапии анемии со стороны родителей являются важными постнатальными факторами риска ЖДА, требующей оказания неотложной помощи на госпитальном этапе.



## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА СРБ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Козаренко В.Г., Корсунова Т.Ф.

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

**Актуальность.** Известно, что в детском возрасте большинство острых респираторных инфекций имеют вирусную этиологию, но являются при этом самой частой причиной назначения антибиотиков в амбулаторной практике. Один из вопросов, который врач решает при работе с таким пациентом, — является ли эта инфекция самоограничивающейся или той, при которой необходимо назначать антибактериальную терапию. Экспресс-определение С-реактивного белка (СРБ) помогает врачам первичного звена в преодолении диагностической неопределенности и оперативном принятии решения назначения антибактериальной терапии.

**Цель исследования.** Оценить эффективность использования экспресс-теста на СРБ у амбулаторных пациентов с респираторными инфекциями.

**Пациенты и методы.** С декабря 2020 г. в практику работы детской поликлиники внедрено экспресс-определение уровня СРБ (аппарат Nysocard Reader II), которое используется как часть алгоритма клинического исследования при обследовании детей с острой респираторной патологией, фебрильной лихорадкой. Проведен сравнительный анализ частоты назначения антибактериальной терапии детям с респираторными инфекциями при амбулаторном лечении до (2020 г. — 1-я группа) и после (2021 г. — 2-я группа) внедрения метода экспресс-диагностики. 1-я группа — 102 случая; 2-я группа — 112. Средняя продолжительность фебрильной лихорадки до момента обращения (вызов на дом, обращение в кабинет неотложной помощи) — 3–4 дня.

**Результаты.** В течение 2021 г. всего проведено 732 экспресс-исследования СРБ. Из них в 300 пробах (48%) отмечено повышение уровня более 60 мг/л. В 1-й группе антибактериальная терапия была назначена 37 пациентам (36%). Пациентам 2-й группы при обращении и проведении экспресс-диагностики антибактериальная терапия была назначена в 16,9% случаев (19 пациентам).

**Заключение.** Таким образом, проведение экспресс-определения уровня СРБ как часть алгоритма клинического исследования при обследовании детей с острой респираторной патологией дает возможность оперативно исключить серьезные инфекции у маленьких пациентов в условиях первичной медицинской помощи, дифференцированно подходить к назначению антибактериальной терапии у детей. Ненужное назначение антибиотиков подвергает пациентов рискам потенциальных побочных эффектов, имеет причинно-следственную связь с развитием антибиотикорезистентности.

## ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ БЕЛАРУСИ

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

<sup>1</sup> УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Инфекция мочевой системы (ИМС) является одной из актуальных проблем современной педиатрии. Клиническая картина данной патологии у детей полиморфна, может быть достаточно стертой и меняться с возрастом. Классические проявления у детей раннего возраста нередко протекают субклинически.

**Цель исследования.** Определить особенности клинической картины и лабораторных показателей у детей с ИМС, проживающих в г. Гомеле и Гомельской области.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 500 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в детском нефрологическом отделении Гомельской областной клинической больницы и Гомельской областной детской клинической больницы в 2015–2019 гг.

Среди обследованных детей было 166 мальчиков и 334 девочки. Дети 1–3 лет составили 11,8%, 4–5 лет — 13,6%, 6–11 лет — 39,4%, 12–16 лет — 35,2%.

**Результаты.** ИМС у детей школьного возраста встречалась достоверно чаще, чем у дошкольников (74,6 и 25,4% соответственно;  $p < 0,001$ ). У девочек 6–16 лет данная патология диагностировалась чаще, чем у мальчиков ( $p < 0,001$ ).

Клиническая картина заболевания у детей 1–3 лет представлена преимущественно интоксикацией (40,7%), диспептическими проявлениями (37,3%), лихорадкой (35,6%) и признаками эксикоза (20,3%); у детей 4–5 лет — дизурическими проявлениями (44,1%), раздражительностью (36,8%), болями в животе (26,5%), лихорадкой (14,7%). Наиболее распространенными проявлениями ИМС у мальчиков школьного возраста были дизурические явления (33,3%), боли внизу живота и в поясничной области (23,4%), лихорадка (15,3%); у девочек — боли в животе и поясничной области (37,4%), дизурия (31,7%), дневное и/или ночное недержание мочи (19,1%).

У 57,4% пациентов отмечались патологические изменения в гемограмме: увеличенная СОЭ (55,1%), лейкоцитоз (54,4%), анемия (10,1%). Изменения в общем анализе мочи выявлены у 87,4% детей: лейкоцитурия (100,0%), бактериурия (36,6%), протеинурия (20,1%). Основными возбудителями ИМС являлись *Escherichia coli* — 57,0%, *Enterococcus faecalis* и *Pseudomonas aeruginosa* — по 12,7%, *Staphylococcus saprophyticus*, *Staphylococcus aureus* и грибы рода *Candida* — по 5,6%.

**Заключение.** Инфекция мочевых путей в 2 раза чаще встречается у девочек по сравнению с мальчиками. Наиболее типичным клиническим синдромом заболевания у детей раннего возраста является интоксикационный, в возрасте 4–5 лет — дизурический, у девочек школьного возраста — болевой, у мальчиков — дизурический. Патологические изменения в общеклинических анализах крови и мочи выявляются при ИМС в 57,4 и 87,4% случаев соответственно. Бактериологическое исследование мочи лишь в 1/3 случаев позволяет выявить рост аэробной и факультативно-анаэробной флоры.



## ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Козловский А.А.<sup>1</sup>, Тимощенко Е.Н.<sup>2</sup>, Грибанов А.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь

<sup>2</sup> ГУЗ «Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника», Гомель, Республика Беларусь

**Актуальность.** Динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей является обязательным методом контроля процесса роста и формирования организма. Особенно значимо оно в школьном возрасте в связи с возрастающей учебной нагрузкой, снижением двигательной активности, нарушением режима дня и питания.

**Цель исследования.** Провести комплексную оценку состояния здоровья учащихся общеобразовательной школы.

**Пациенты и методы.** Всего был обследован 641 школьник 1–11-х классов в возрасте от 6 до 17 лет, из них 316 мальчиков (49,3%) и 325 девочек (50,7%). Оценка состояния здоровья детей проведена в результате изучения анамнеза жизни и заболевания, физического и нервно-психического развития ребенка, данных клинического осмотра, лабораторных исследований и заключения узких специалистов. Группа здоровья определена в соответствии с Инструкцией о порядке проведения диспансеризации, утвержденной постановлением МЗ РБ № 96 от 12.08.2016.

**Результаты.** Группа здоровья наиболее объективно характеризует состояние здоровья каждого ребенка и контингента детей в целом. К I группе здоровья отнесены 99 школьников (15,4%), ко II — 459 детей (71,6%), к III — 77 человек (12,0%), к IV — 6 школьников (1,0%). Установлено, что к I группе здоровья относились преимущественно школьники 2, 3 и 4-х классов (25,0, 28,3 и 20,0% соответственно) и в меньшей степени — школьники 8–10-х классов (по 6,7%) и 11-х классов (2,4%). Минимальное количество детей со II группой отмечено в 11-м классе (61,0%), а максимальное — в 1-м классе (80,0%). Число детей с III группой здоровья прогрессивно увеличивалось из года в год, достигнув максимального значения в 9–11-х классах — 26,7, 20,0 и 34,2% соответственно. IV группа здоровья отмечена у детей во 2, 6, 9–11-х классах и составляла от 1,7 до 3,3%. У школьников 1-го класса наиболее часто диагностировались ЛОР-заболевания (31,7%), нарушения со стороны органа зрения (30,0%), заболевания костно-мышечной системы (20,0%). У выпускников школы преобладали нарушения со стороны органа зрения (41,5%), заболевания сердечно-сосудистой (31,7%) и костно-мышечной систем (26,8%).

**Заключение.** Комплексная оценка состояния здоровья детей показала, что 13,0% школьников имеют хроническую патологию, которая прогрессивно увеличивается с возрастом (с 1-го по 11-й класс — в 7 раз). Среди выявленной патологии у детей доминируют нарушения органа зрения, заболевания костно-мышечной системы, ЛОР-патология, заболевания сердечно-сосудистой и пищеварительной систем. Полученные результаты диктуют необходимость усиления профилактических мероприятий. Осуществление этих задач невозможно без совместных усилий медицинских работников, педагогов, родителей и самих детей.

## АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Козловский А.А., Батт Т.А., Блохин М.Р.

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

**Актуальность.** Боль в животе является одним из часто встречающихся признаков различных заболеваний у детей всех возрастных групп. Разнообразие клинических проявлений абдоминального болевого синдрома у детей вызывает серьезные затруднения в дифференциальной диагностике заболеваний органов брюшной полости.

**Цель исследования.** Определить структуру абдоминального болевого синдрома у детей Гомельской области.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ 66 историй болезни детей, госпитализированных в отделение детской хирургии по экстренным показаниям с подозрением на острый аппендицит, у которых установить диагноз при поступлении с помощью обычных клинических и дополнительных методов исследования не представлялось возможным, так как информация, полученная при сборе анамнеза и обследовании, не соответствовала какой-либо определенной нозологической форме заболевания.

**Результаты.** Средний возраст детей с абдоминальным болевым синдромом составил  $9,14 \pm 1,00$  года. Наиболее часто госпитализировались дети младшего и старшего школьного возраста (43,9 и 30,3% соответственно), реже — дети до 5 лет (25,8%). После осмотра детским хирургом острая хирургическая патология органов брюшной полости исключена у 32 детей (48,5%), и они были направлены на консультацию к другим специалистам для установления причин боли в животе. В оказании экстренной хирургической помощи нуждались дети с острым аппендицитом (36,4%), инвагинацией кишечника (6,1%), инородными телами пищеварительного тракта (4,5%), врожденной аномалией подвздошной кишки (дивертикул Меккеля) (3,0%), острым панкреатитом (1,5%). У остальных детей после динамического наблюдения, проведения клиничко-лабораторных исследований (общий анализ крови и мочи, УЗИ брюшной полости, ФГДС, рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости), после консультации врача-педиатра были диагностированы функциональные расстройства пищеварения (кишечная колика или функциональная абдоминальная боль) — 31,8%, острая респираторная инфекция с абдоминальным синдромом — 15,2%, острый сальпингоофорит — 1,5%.

**Заключение.** Абдоминальный болевой синдром у детей составляет значительную часть вызовов скорой медицинской помощи и обращений родителей к врачу. Однако не всякая боль в животе требует хирургического вмешательства. Из всех госпитализированных детей прооперировано 28 (42,4%). В связи с этим абдоминальная боль требует от врача-педиатра и детского хирурга большой врачебной ответственности, взвешенного подхода к осмотру больного ребенка во избежание диагностических ошибок.

## ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ-ПЕРВОКЛАССНИКОВ

Козловский А.А., Кравченко А.Д., Власюк А.О.

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

**Актуальность.** Физическое развитие — интегральный показатель здоровья ребенка, отражающий процессы роста и развития в изменяющихся условиях среды обитания. Важность показателей физического развития обусловила их включение во многие информационно-аналитические системы социально-гигиенического мониторинга и мониторинга здоровья детей.

**Цель исследования.** Изучить особенности физического развития детей шестилетнего возраста г. Гомеля.

**Пациенты и методы.** Обследованы 111 учащихся 1-го класса г. Гомеля в возрасте 6 лет, из них 56 (50,5%) мальчиков и 55 (49,5%) девочек. Оценку физического развития детей выполняли по стандартам роста ВОЗ (2006) с использованием программы WHO AnthroPlus (2009) и определением величин z-score: WAZ (Weight-for-age z-score) — масса тела для возраста (норма от  $-2$  SD до  $+2$  SD); HAZ (Height-for-age z-score) — рост для возраста (норма от  $-2$  SD до  $+2$  SD); BAZ (BMI-for-age z-score) — индекс массы тела для возраста (норма от  $-2$  SD до  $+1$  SD).

**Результаты.** При оценке соматометрических показателей установлено, что средняя масса тела мальчиков на момент обследования составляла  $23,0 \pm 0,6$  кг, что достоверно выше, чем у девочек, —  $21,5 \pm 0,4$  кг ( $p = 0,04$ ), рост —  $119,7 \pm 6,0$  см и  $118,5 \pm 3,5$  см соответственно ( $p > 0,05$ ).

В зависимости от интерпретации показателей z-score было установлено, что WAZ был в пределах допустимых значений (от  $-2$  до  $+2$ ) у большинства — 49 (87,5%) мальчиков и 50 (90,9%) девочек. Низкая масса тела ( $WAZ < -2$ ) выявлена у 1 девочки (1,8%). Избыточная масса тела ( $WAZ > +2$ ) была отмечена у 7 (12,5%) мальчиков и 4 девочек (7,3%).

Расчет HAZ показал, что нормальные показатели роста отмечались у 48 (85,7%) мальчиков и у 51 (92,7%) девочки. Низкорослость ( $HAZ < -2$ ) наблюдалась у 2 (3,6%) мальчиков и у 1 (1,8%) девочки. Высокий рост ( $HAZ > +2$ ) установлен у 6 (10,7%) мальчиков и у 3 (5,5%) девочек.

Допустимые значения BAZ (от  $-2$  до  $+1$ ) отмечены у большинства детей — 91 (82,0%) случай: 45 (80,3%) мальчиков и 46 (83,6%) девочек. Недостаточность питания ( $BAZ < -2$ ) диагностирована у 2 (3,6%) мальчиков и у 2 (3,6%) девочек. Избыточная масса тела ( $BAZ$  от  $+1$  до  $+2$ ) выявлена у 20 детей: у 11 (19,7%) мальчиков и у 9 (16,4%) девочек. Ожирение ( $BAZ > 2$ ) установлено у 10 детей (9,0%), причем у мальчиков достоверно чаще, чем у девочек, — 9 случаев (16,1%) и 1 случай (1,8%) соответственно ( $p = 0,02$ ).

**Заключение.** Проведенное исследование физического развития с использованием программы WHO AnthroPlus (2009) среди первоклассников г. Гомеля выявило большую долю детей с избыточной массой тела. Наибольшее число детей с избыточной массой тела определяется при использовании оценки отношения ИМТ к возрасту (индекс BAZ). Отклонения в физическом развитии, согласно этому критерию, имеют 18% детей, что диктует необходимость усиления профилактических мероприятий по предупреждению роста избыточной массы тела и ожирения.



## ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Козловский Д.А.<sup>1</sup>, Козловский А.А.<sup>2</sup>, Кравченко А.Д.<sup>2</sup>, Власюк А.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУ РНПЦ «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь

**Актуальность.** Физическое развитие детей зависит от ряда экзогенных и эндогенных факторов, в том числе питания. Рациональное питание детей первого года жизни, обеспечивая соответствующее возрасту развитие и иммунологическую защиту, определяет благополучие организма в течение всей его последующей жизни.

**Цель исследования.** Провести сравнительную характеристику помесячных прибавок основных показателей физического развития у здоровых доношенных детей первого года жизни, находящихся на различных видах вскармливания.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ помесячных прибавок массы и длины тела (МТ, ДТ), окружности головы (ОГ) и окружности грудной клетки (ОГК) у 145 доношенных детей 1-го года жизни по данным историй развития ребенка. Динамика показателей прироста МТ и ДТ сравнивалась со стандартными помесячными прибавками, рекомендованными ВОЗ. В исследуемую группу вошли дети с отсутствием органической патологии, переведенные из роддома на домашний режим на 4–8-й день после родов.

**Результаты.** Выделены 3 группы детей: 1-я (естественное вскармливание) — 91 ребенок (62,8%), 2-я (смешанное вскармливание) — 25 детей (17,2%), 3-я (искусственное вскармливание) — 29 детей (20,0%). Показатели прироста МТ у всех детей в I квартале превышали параметры, рекомендуемые ВОЗ, в среднем на 37,6%. Во II–III кварталах прирост МТ был ниже стандарта. В IV квартале данный показатель превышал стандарты на 44,0% при смешанном вскармливании и на 37,3% — при искусственном. Прибавка ДТ в первом полугодии незначительно превышала стандарты у детей 3 групп. В III квартале данный показатель был ниже рекомендуемого на 48,2%. За последний квартал наблюдался резкий рост показателей ДТ (на 38,7%), особенно у детей 2-й группы. Средний прирост ОГ в I квартале во всех группах был выше стандарта: в 1-й группе на 87,0%, во 2-й — на 77,9%, в 3-й — на 83,2%. Во втором полугодии средний прирост ОГ во всех группах был ниже рекомендуемых показателей на 47,8%. Средний прирост ОГК в I квартале во всех группах выше стандартных прибавок: в 1-й группе — на 81,2%, во 2-й — на 72,4%, в 3-й — на 48,7%. В III квартале средний прирост ОГК у детей трех групп был ниже стандартных величин на 37,6%. В IV квартале у детей 3-й группы средний прирост ОГК соответствовал стандартам, в остальных группах этот показатель был ниже на 46,2%.

**Заключение.** У детей первого года жизни, независимо от характера вскармливания, установлены неравномерные темпы прироста основных показателей физического развития (увеличение прибавки МТ и ДТ в 1-м и 4-м кварталах, ОГ и ОГК — только в 1-м квартале) и некоторое отставание этих параметров в другие периоды (по сравнению с рекомендуемыми ВОЗ нормативами). В целом к 12 мес у большинства детей средние приросты МТ и ДТ, ОГ и ОГК не отличались от стандарта.

## МАСКИ СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Колесникова О.И.<sup>1</sup>, Выходцева Г.И.<sup>1</sup>, Сероклинов В.Н.<sup>1</sup>, Мироненко И.И.<sup>1</sup>,  
Скударнов Е.В.<sup>1</sup>, Миллер В.Э.<sup>2</sup>, Прокопьева Е.Л.<sup>2</sup>, Журавлева Н.А.<sup>2</sup>,  
Снигирь О.А.<sup>2</sup>, Рябова Ю.Г.<sup>2</sup>, Теплякова М.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Барнаул, Российская Федерация

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

**Актуальность.** Артериальная гипертензия является одним из частых клинических симптомов врожденной патологии сердца и сосудов, эндокринной, реноваскулярной и паренхиматозной патологии почек, дисфункции вегетативной нервной системы и другой патологии в детском возрасте. Дифференциальная диагностика артериальной гипертензии остается серьезной проблемой как для педиатров, так и для врачей других специальностей.

**Цель исследования.** На примере клинического случая показать необходимость использования алгоритма дифференциальной диагностики артериальной гипертензии для определения ее этиологии и подбора адекватного лечения.

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

**Результаты.** Мальчик, 14 лет, обратился с жалобами на повышение артериального давления (АД) до 180/100 мм рт. ст., быструю утомляемость, плохую переносимость физических нагрузок, периодическую пастозность век.

Анамнез заболевания: повышение давления впервые зарегистрировали родители при случайном измерении. Педиатром по месту жительства был поставлен диагноз: «Пубертатный период, синдром артериальной гипертензии». Мальчик трижды в течение года находился на стационарном лечении, получал лозартан, препарат магния, фитотерапию. В связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии направлен в лечебное учреждение третьего уровня.

Анамнез жизни: от 4-й беременности (1-я, 2-я — прерывание, 3-я — неразвивающаяся 8–9 нед, 4-я — настоящая), протекавшей на фоне хронической компенсированной фетоплацентарной недостаточности, маловодия. Роды первые, срочные с родовым излитием околоплодных вод, родостимуляцией. Оценка по APGAR — 8/8 баллов. Масса тела при рождении — 2880 г, длина тела — 49 см. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Привит по календарному плану, реакций не было. Болел ОРВИ редко, ветряная оспа в 6 лет. Синкопальных состояний не отмечали. Внезапной сердечной смерти у родственников моложе 40 лет не зарегистрировано. Занимался спортом в начальных классах школы боксом и борьбой.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Физическое развитие высокое дисгармоничное, с избытком массы тела. Выявлены патологические изменения: расширение левой границы относительной сердечной тупости, тоны сердца приглушены, ЧСС 62–74 уд./мин, грубый систолический шум в межлопаточной области. Пульсация на бедренных артериях снижена. АД на правой руке 155/80 мм рт. ст., на левой — 150/70 мм рт. ст. АД на ногах — 130/50 мм рт. ст. Предварительный диагноз: «ВПС: коарктация аорты».

При регистрации ЭКГ: электрическая ось сердца вертикальная, синусовая брадикардия с ЧСС 54–68 уд./мин. Повышение биоэлектрической активности миокарда левого желудочка.

ЭхоКГ-ВПС: коарктация аорты в области перешейка (перешеек 6 мм,  $-5,7 z$ -score), максимальный систолический градиент давления в нисходящей грудной аорте — 45–47 мм рт. ст., средний — 21 мм рт. ст., в брюшной аорте магистрально-измененный кровоток. Гипоплазия нисходящей грудной аорты. Размеры камер сердца и показатели общей сократимости левого желудочка в пределах нормы, фракция выброса — 68%.

УЗИ внутренних органов: уменьшение индекса почечной массы с обеих сторон с сохранением дифференцировки почечных структур и кровотока.

Дуплексное сканирование аорты, артерий брюшной полости и почечных сосудов: повышение периферической сосудистой резистентности на уровне истока левой почечной артерии. Осмотрен окулистом: ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу.

Установлен клинический диагноз: «ВПС: коарктация аорты в области перешейка. Симптоматическая артериальная гипертензия. НК I степени». В ФГБНУ ТНИМЦ РАН НИИ кардиологии проведена операция стентирования коарктации аорты. После операции АД стабилизировалось: на правой руке — 130/80 мм рт. ст., на левой — 115/70 мм рт. ст.

**Заключение.** Регистрация повышенного артериального давления у детей требует учета всех возможных механизмов его повышения, что позволит улучшить диагностику как врожденной патологии сердца и сосудов с артериальной гипертензией, так и артериальной гипертензии другой этиологии.



## НЕОНАТАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С SARS-CoV-2 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА

Кольцова Н.С., Захарова Л.И., Давлекамова Г.Р.

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

**Актуальность.** Проблема новой коронавирусной инфекции в формировании здоровья плода и новорожденного остается одной из актуальных тем современной медицины.

**Цель исследования.** Изучение влияния состояния фетоплацентарного комплекса (ФПК) матерей с SARS-CoV-2 на раннюю неонатальную адаптацию их новорожденных.

**Пациенты и методы.** Ретроспективно изучены 60 историй матерей, родоразрешенных в инфекционном госпитале ГБУЗ «СОКБ им. В.Д. Середявина» с диагнозом «новая коронавирусная инфекция»; истории развития их новорожденных; результаты патологоанатомического исследования плацент.

**Результаты.** Доношенные дети составили 55%, (33 ребенка), недоношенные младенцы 31–36 нед гестации — 12 детей (20%), дети 30 нед гестации и менее — 15 (25%). Гистологически околоплодные оболочки плаценты были изменены у всех женщин: зеленые, коричневые или серозные мутные; в 55% случаев обнаружены инфекционно-воспалительные изменения (париетальный и базальный децидуит; очаговый васкулит сосудов пуповины); во всех последах в разной степени выраженности выявлены признаки фетоплацентарной недостаточности (диссоциированное созревание котиледонов, зоны псевдоинфарктов, кальцинаты). Хроническая плацентарная недостаточность (ХПН) 1-й степени — 10 случаев (16,6%), ХПН 2-й степени — 49 случаев (81,6%), ХПН 3-й степени — 1 случай (1,6%). Мы разделили доношенных детей на 2 группы: 1-я группа — 15 детей, в плацентах которых были обнаружены выраженные признаки воспаления в сочетании с дистрофическими изменениями, и 2-я группа — 15 детей без выраженных воспалительных изменений ФПК. При анализе течения раннего неонатального периода было выявлено более неблагоприятное течение у детей 1-й группы: СЗВУР отмечен у 90% детей 1-й группы и у 50% детей 2-й группы; проявления церебральной ишемии — у 100% детей 1-й группы и 45% детей 2-й группы; потребовали перевода на 2-й этап выхаживания 75% детей 1-й группы и 30% детей 2-й группы.

**Заключение.** Состояние фетоплацентарного комплекса оказывает значительное влияние на процессы ранней неонатальной адаптации. Наличие инфекционно-воспалительных процессов в плаценте в сочетании с дистрофическими процессами прогностически неблагоприятно для состояния здоровья новорожденного.

## **АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА К ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ: ДИНАМИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ**

**Кочерова О.Ю., Филькина О.М., Долотова Н.В.**

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

**Актуальность.** Адаптация детей к новым микросоциальным условиям всегда сопровождается эмоционально-поведенческими нарушениями. Поэтому очень важно изучать динамику этих нарушений для оценки состояния здоровья детей раннего возраста в период адаптации к замещающим семьям.

**Цель исследования.** Изучить динамику эмоционально-поведенческих нарушений у детей раннего возраста в период адаптации в замещающих семьях.

**Пациенты и методы.** Объектом лонгитудинального исследования явились 65 детей до передачи и через год воспитания в замещающих семьях (ЗС). Наблюдение за детьми, оценка симптомов и синдромов эмоционально-поведенческих нарушений, постановка диагнозов осуществлялись педиатром и психиатром в соответствии с МКБ-10. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью программ MS Excel и Statistica 10.0.

**Результаты.** Через год воспитания в ЗС у детей снизилась частота встречаемости вздрагиваний и патологических привычных действий при засыпании (53,8 и 32,3%,  $p = 0,022$ ; 43 и 26,2%,  $p = 0,043$ ), появился «сон в постели с родителями» (18,5%), 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 патологических привычных действий уменьшилась распространенность таких двигательных актов, как сосание пальца (60 и 42%,  $p = 0,036$ ) и раскачивание сидя (26 и 12%,  $p = 0,046$ ).

**Заключение.** Адаптация к новой семье сопровождается у ряда детей увеличением эмоционально-поведенческих расстройств в виде симптомов тревоги, гипердинамических нарушений и расстройств поведения. Однако попадание в лучшие условия у большинства детей приводит к нивелированию депрессивной симптоматики. Поэтому до завершения адаптации детей необходимо наблюдение за эмоционально-поведенческими нарушениями педиатра с участием психиатра.

## ПАЦИЕНТ НА СТЫКЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В ПЕДИАТРИИ

Крымская О.С., Бухарина К.А., Фалина О.А.

*ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет  
Минздрава России», Тюмень, Российская Федерация  
ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»*

**Актуальность.** Нарушения мозгового кровообращения — актуальная проблема в детском возрасте, большое внимание уделяется тромбозам церебральных синусов. В литературе эта тема освящена скудно. Вместе с тем эти состояния приводят к инвалидизации и летальному исходу.

**Цель исследования.** Клинический пример тромбоза сагиттального синуса у пациента с хроническим воспалительным заболеванием кишечника на фоне генетической тромбофилии.

**Пациенты и методы.** Пациент Ж., 12 лет, жалобы на боли в животе, жидкий стул, температура 37,4 °С. В ОАК — нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз. Повышение АСТ — 94 ед/л, АЛТ — 79 ед/л. ЭГДС — эрозивный геморрагический гастрит. Ангиопульмография — картина ТЭЛА мелких ветвей, инфаркт нижней доли правого легкого, двусторонний гидроторакс, гидроперикард. МРТ ОБП с контрастом — тромбоз воротной вены, печеночных вен, асцит. Сужение общего печеночного протока. Расширение воротной вены.

**Результаты.** Колноскопия — слизистая гипертрофирована, зернистая, отечная, сосудистый рисунок смазан, мутный, участками отсутствует, имеются плоские язвы под фибрином, геморрагические зоны. В связи с судорожным приступом проведена нейровизуализация — тромбоз верхнего сагиттального синуса, вен конвексимальной поверхности левой теменной области, зона локального венозного инфаркта левой теменной области. В результате проведенных исследований был выставлен диагноз: «ХВЗК: язвенный колит, тотальный, умеренной активности. Индекс PUSAI 50 баллов. Тромбоз портальной и верхнебрыжечной вены. Тромбоз верхнего сагиттального синуса, вен конвексимальной поверхности левой теменной области. Внекишечные проявления: гепатит, минимальной активности. Панкреатит неуточненный. Асцит. Наследственная тромбофилия. Анемия смешанного генеза средней степени тяжести. Недостаточность питания умеренной степени тяжести. Первичный гипотиреоз. Хронический эрозивный гастрит, дуоденит, ассоциированный с *H. pylori*. Белково-энергетическая недостаточность 1-й степени». На фоне проведенной патогенетической терапии, состояние удовлетворительное.

**Заключение.** Описанный клинический случай показывает симбиоз редких заболеваний, являющихся сложными для диагностики. Несвоевременная постановка диагнозов может привести к летальному исходу. Своевременное назначение терапии значительно улучшает прогноз заболевания, улучшает качество жизни пациента и его семьи в целом.

## **ДИАГНОСТИКА ДЕФИЦИТА ДЕКАРБОКСИЛАЗЫ АРОМАТИЧЕСКИХ АМИНОКИСЛОТ (ADDCD) У РЕБЕНКА С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Кудрякова Г.Д., Козаренко В.Г.**

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

**Актуальность.** Недостаточность декарбоксилазы ароматических аминокислот — крайне редкое генетическое заболевание. С 1990-х гг. описано около 100 случаев в мире. Первые симптомы у детей появляются с первых месяцев жизни, клинически протекают под масками дегенеративных заболеваний нервной системы.

**Цель исследования.** Выявление критериев риска дефицита декарбоксилазы ароматических аминокислот у детей.

**Пациенты и методы.** С ноября 2020 г. БУ ХМАО — Югры «НОКБ им. В.И. Яцкив» сотрудничает с ФГБНУ «МГНЦ им. академика Н.П. Бочкова» по выявлению детей с дефицитом декарбоксилазы ароматических аминокислот (ADDcd). Всего обследовано 8 детей с поражением ЦНС с неуточненным этиопатогенезом.

**Результаты.** Выявлен один ребенок (12,5%), имеющий патогенную мутацию в 12 экзоне гена DDC. Девочка М., 2018 г.р., на момент обследования возраст 2 года 4 мес. От сродных 2-х родов (1-е — мальчик, здоров). Масса тела при рождении — 3700 г, APGAR — 8/9 баллов. На первом году жизни выраженная мышечная гипотония (голову держит с 4 мес, сидит с 11 мес), задержка психоречевого развития (на обращение и эмоциональную окраску речи не реагирует), горизонтальный нистагм. Проведены инструментальное (МРТ ГМ, ЭЭГ-ВМ), молекулярно-генетическое обследования, патологии не выявлено. На фоне проводимой терапии динамики в состоянии здоровья не отмечено: навыки самообслуживания не сформированы, ходит с 2 лет 6 мес, речь — неактивный лепет. Молекулярно-генетический анализ крови прицельно на поиск дефицита декарбоксилазы ароматических аминокислот проведен в 2021 г.: в экзоне 12 гена DDC выявлен нонсенс-вариант NM\_000790.3: c.1107T > G; p.Tyr369Terp в гетерозиготном состоянии. Данный вариант нуклеотидной последовательности не описан в международной базе данных по мутациям человека HGMD. Согласно критериям ACMG, данная нонсенс-замена является патогенной. Мутации в гене DDC приводят к развитию недостаточности декарбоксилазы ароматических аминокислот (ADDcd, OMIM 608643, ауто-сомно-рецессивный тип наследования). Для подтверждения заболевания необходимо наличие второй мутации в гене DDC. С целью поиска второй мутации девочке проведена биопсия кожи заушной области.

С ноября 2021 г. начата симптоматическая терапия — прием раствора пищевой соды, на фоне которой отмечен прогресс в когнитивном развитии: девочка начинает активно интересоваться окружающим, пытается контактировать с родственниками, появилась игровая деятельность, возросла двигательная активность.

**Заключение.** Современные технологии и коммуникации расширяют возможности врачам ЛПУ любого уровня диагностики редких генетических заболеваний. По окончании генетического обследования при подтверждении диагноза дефицита декарбоксилазы ароматических аминокислот в будущем возможно назначение разработанной специфической терапии.





## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ВРЕМЕННОГО БЛОКИРОВАНИЯ ЗОН РОСТА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ

Кузнецов А.С., Кралина С.Э., Кожевников О.В.

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Патология тазобедренного сустава у детей занимает ведущее место среди деформаций опорно-двигательного скелета и часто осложняется неравенством длины нижних конечностей. Метод гемиепифизиодеза успешно позволяет компенсировать неравенство.

**Цель исследования.** Оценить эффективность метода гемиепифизиодеза 8-образными пластинами у детей с неравенством длины нижних конечностей после оперативного вмешательства на тазобедренном суставе.

**Пациенты и методы.** 30 детей (3–16 лет). 24 девочки, 6 мальчиков. Деформация дистального отдела бедренной кости — 29, проксимальный отдел большеберцовой кости — 2. Неравенство длины — 1–3 см. Использовалась методика гемиепифизиодеза: малоинвазивный доступ до 2 см с установкой титановых 8-образных пластин на зоны роста под контролем ЭОП.

**Результаты.** Отдаленные результаты прослежены в сроки до 5 лет. У 20 (66,7%) больных достигнута плановая коррекция длины конечностей. У 10 (33,3%) коррекция продолжается. При коррекции разницы длины нижних конечностей длительность фиксации составила 2 года 1 мес. В среднем компенсация неравенства при фиксации пластинами зоны роста на одном уровне происходила по 1 см в год. Осложнения отмечены у 2 пациентов (6,7%), у 1 пациента — миграция пластины в каудальном направлении, у 1 — синовит коленного сустава. При наблюдении за пациентами в отдаленном периоде, после удаления 8-образных пластины, повреждения зон роста не отмечено ни в одном случае, они продолжали функционировать.

**Заключение.** Применение метода управляемого временного блокирования зон роста накостными пластинами у детей со вторичными деформациями нижних конечностей после оперативного вмешательства на тазобедренном суставе является эффективным, малотравматичным, технически простым в исполнении. Важным фактором применения метода является правильный подбор возрастной группы пациентов с функционирующими зонами роста и стадия деформации, доступная для коррекции данным методом.

## ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ПОДРОСТКОВ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Кузьминых А.А., Васильева Е.И., Омолоева Т.С.

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,  
Иркутск, Российская Федерация

**Актуальность.** В подростковом возрасте частота железодефицитной анемии приближается к 90%. Рост заболевания является государственной проблемой, в связи с чем разрабатываются программы, направленные на профилактику и снижение заболеваемости, более чем в 100 странах.

**Цель исследования.** Определить частоту, эффективность коррекции железодефицитной анемии у подростков на педиатрическом участке.

**Пациенты и методы.** Проведено сплошное выборочное исследование 324 «Карт развития ребенка» детей подросткового возраста (от 10 до 18 лет) педиатрического участка ОГБУЗ «Иркутская детская городская поликлиника № 3». У 43 человек (13,2%) диагностирована железодефицитная анемия. Изучали лабораторные показатели в динамике, тактику терапии.

**Результаты.** В группе пациентов в 1,5 раза преобладали мальчики (58,1%). Диагноз в 80% был выставлен детям 16–17 лет, иным возрастным группы — в 9 случаях. Основу лечения больных составляли препараты железа (III) гидроксид полимальтозата. На фоне терапии динамика у детей была разной. Нормативные значения красной крови достигались: через 1 мес — 3 чел. (7%), через 1,5 мес — 4 чел. (9%), через 2 мес — 18 чел. (42%), через 3 мес — 14 чел. (32%), через 3,5 мес — 1 чел. (2%), через 4 мес — 2 чел. (5%) и через 5 мес — 1 чел. (2%). Таким образом, большинство заболевших получали эффект от лечения через 2 мес. После окончания курса терапии содержание гемоглобина в эритроците (МНС) стало в пределах нормы у 27 человек (62,7%), средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC) — у 32 человек (74,4%), степень анизоцитоза эритроцитов (RDW) стала менее 14,5% у 24 человек (55,8%), а средний объем эритроцитов (MCV) восстановился у 29 человек (67,4%).

**Заключение.** Максимальная частота выявления железодефицитной анемии соответствует срокам углубленных медицинских осмотров несовершеннолетних. В более младших возрастах отмечена гиподиагностика. Приверженность лечению остается на достаточном уровне. На фоне проводимой терапии отмечается положительный эффект. Тем не менее необходимо изыскивать резервы, в том числе кадровые, для своевременной профилактики, диагностики сидеропении у подростков.

## ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПЕДИАТРИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Кулакова Г.А., Соловьева Н.А., Курмаева Е.А.

*ФГБОУ «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Республика Татарстан,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** В период пандемии COVID-19 2020–2021 гг. необходимо было организовать дистанционное обучение студентов педиатрического факультета с использованием средств современных цифровых технологий, позволяющих выполнить учебный план в полном объеме.

**Цель исследования.** Изучение эффективности применения современных цифровых технологий при организации образовательных процессов в медицинском вузе в период пандемии.

**Пациенты и методы.** Процесс обучения был организован с помощью дистанционного курса по дисциплине «Поликлиническая и неотложная педиатрия» и клинической практике «Помощник врача детской поликлиники» на платформе Moodle образовательного портала КГМУ.

**Результаты.** Лекции по дисциплине проводились с использованием асинхронного общения (изучение первой части лекции материала, изложенного в слайдах) с последующим обсуждением вопросов по первой части лекции, которые студенты могли разместить на форуме, и разбором клинических случаев в онлайн-режиме. При проведении практических занятий преподаватель имел возможность индивидуального подхода в процессе обучения, что достигалось асинхронным общением на форумах дистанционного курса. Обсуждение теоретических вопросов и клинических случаев проводилось на форуме и на синхронных онлайн-встречах на платформе Zoom.

Контроль качества обучения студентов осуществлялся как на этапе входного тестового контроля, так и в период обучения (решение ситуационных задач, текущий и итоговый тестовый контроль).

Клиническая практика «Помощник врача детской поликлиники» проходила в ЛПУ г. Казани. Студенты в качестве помощника врача-педиатра участкового оказывали помощь практическому здравоохранению. Объем проведенной работы и освоение практических навыков оценивались по электронному дневнику на портале Moodle.

**Заключение.** Таким образом, внедрение современных цифровых технологий способствует повышению эффективности освоения дисциплины, отработке практических навыков помощника врача детской поликлиники в реальных условиях пандемии. Важной задачей преподавателя являлся контроль самостоятельной работы, подбор эффективных ресурсов для достижения освоения дисциплины. Клиническая практика «Помощник врача детской поликлиники» позволила отработать практические навыки оказания медицинской помощи в условиях пандемии.

## КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Кулешова О.К.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Российская Федерация*

**Актуальность.** Хронический запор представляет собой важную медико-социальную проблему во всех странах мира, прежде всего из-за широкой распространенности, низкой эффективности терапии, снижения социальной активности, нарушения качества жизни пациентов и расширения использования ресурсов здравоохранения. Распространенность запора в детском возрасте колеблется в диапазоне от 0,7 до 29,6% с преобладанием в структуре девочек 2 : 1.

**Цель исследования.** Представить клинико-анамнестическую характеристику больных с хроническими запорами.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных из историй болезни 51 больного в возрасте 3–18 лет с хроническими запорами, находившегося на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ СК «ГДКБ им. Г.К. Филиппского».

**Результаты.** Анализ историй болезни показал, что структура основного диагноза была следующей: хронический запор — у 100,0% пациентов, сочетание хронического запора с долихосигмой и гипомоторной дискинезией толстой кишки — у 20 (39,2%) пациентов, с долихоколоном — у 3 (5,9%), с недостаточностью анального сфинктера — у 9 (17,6%), с энкопрезом — у 8 (15,7%) больных. Задержка стула до 3 сут отмечалась у 25 (49,0%) пациентов, более 3 сут — у 16 (31,4%), более 6 сут — у 10 (19,6%) пациентов, дефекация после приема слабительных — у 25 (49,0%), стул только после очистительной клизмы — у 18 (35,3%) пациентов. До поступления в стационар самолечением занимались 32 (62,7%) больных. Средняя продолжительность заболевания составила  $6,1 \pm 2,7$  года. На диспансерном учете у гастроэнтеролога состояли 24 (47,1%) пациента. Анализ данных анамнеза жизни показал, что 21 (41,2%) больной на первом году жизни был на искусственном вскармливании, 10 (19,6%) детей имели отягощенную наследственность по заболеваниям ЖКТ. Наиболее частыми жалобами пациентов явились запор — у 100,0%, болезненная дефекация — у 29 (56,9%), каломазание — у 8 (15,7%), метеоризм — у 30 (58,8%), боли в животе — у 18 (35,3%). При объективном осмотре вздутие живота отмечалось у 32 (62,7%) больных, болезненность при пальпации в правом подреберье — у 18 (35,3%), болезненность по ходу толстого кишечника — у 36 (70,6%).

**Заключение.** Необходима детальная оценка жалоб больных и данных анамнеза с целью предупреждения самолечения больных, которое приводит к ухудшению состояния здоровья пациента и трудностям диагностики и лечения, а также развитию осложнений этого заболевания.

## ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ О ПРОБЛЕМЕ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА В РОССИИ И СПОСОБАХ ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Курмачева Н.А., Черненко Ю.В., Свиначев М.Ю., Гуменюк О.И.,  
Зайцева Г.В., Андреева А.Н., Блохина Я.А.

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

**Актуальность.** Йодный дефицит остается актуальной проблемой для Российской Федерации в связи с отсутствием закона о всеобщем йодировании соли. Йододефицитные заболевания могут обусловить нарушения когнитивных функций и физического развития подростков, поэтому важным является мониторинг пищевого потребления йода.

**Цель исследования.** Изучить информированность подростков о проблеме йодного дефицита и способах коррекции недостаточности йода в питании.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование 191 подростка в возрасте 14–16 лет, обучающихся в медицинском колледже ФГБОУ ВО «СГМУ им. В.И. Разумовского», из которых 89,6% составили девушки и 10,4% — юноши. Анкета включала вопросы о наличии йодного дефицита на территории России, частоте употребления йодированной соли и морепродуктов в семьях подростков. Также респондентам предлагалось указать, принимают ли они в настоящее время какие-либо йодсодержащие препараты.

**Результаты.** Установлена недостаточная информированность подростков о проблеме йодного дефицита в России. Только 46,1% респондентов знают, что живут в йододефицитном регионе. Считают регион своего проживания йодобеспеченным 12,6% подростков. Затруднились ответить, существует в России йодный дефицит или нет, 41,3% подростков. Используют в пищу йодированную соль постоянно только 23% семей, редко или только для присаливания готовой пищи — 48,7%. Остальные 28,3% семей предпочитают нейодированную поваренную соль. Подавляющее большинство респондентов указали, что употребляют в пищу морепродукты, включая морскую рыбу, лишь 1–3 раза в месяц (39,2%) либо реже одного раза в месяц (34,6%). Довольно часто, 1–3 раза в нед, едят морепродукты только 16,8% детей. Никогда не употребляют в пищу морепродукты 9,4% подростков, в том числе в связи с аллергией на них — 1% респондентов. Остальные 8,4% указали, что не любят и поэтому не едят морепродукты. Принимали на момент анкетирования йодсодержащие препараты только 7,9%, не принимали никаких препаратов йода 92,1% подростков.

**Заключение.** Установлена низкая информированность подростков о проблеме йодного дефицита в России: менее половины из них знают, что живут в йододефицитном регионе. Лишь 23% семей постоянно используют в пищу йодированную соль. Ежедневно употребляют морепродукты только 16,8%, принимают с профилактической целью йодсодержащие препараты менее 8% подростков.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВНЕУРОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ГАРМОНИЧНОСТЬ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Куртанидзе Ю.И., Холмогорова Н.И., Пекарец Н.А.

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,  
Иркутск, Российская Федерация

**Актуальность.** Тенденции современного общества побуждают родителей к вовлечению детей с раннего возраста в дополнительные общеобразовательные программы, что оказывает влияние на гармоничность развития.

**Цель исследования.** Изучить влияние вовлечения ребенка во внеурочную деятельность и дополнительные общеобразовательные программы на гармоничность развития.

**Пациенты и методы.** Нами проведена разработка и экспертная оценка 117 открытых анкет на базе Google Forms, включающих вопросы для родителей о массе тела, длине тела при рождении, в 6 и 9 лет по комплексным медицинским осмотрам, типе занятий, нагрузке детей 9-летнего возраста с внеурочной активностью. Гармоничность развития оценивалась по соответствию антропометрических показателей друг другу непараметрическим центильным методом оценки физического развития. Математическая обработка результатов проводилась программой Microsoft Excel с использованием общепринятых методов вариационной статистики.

**Результаты.** Внеурочной активностью со стажем более трех лет охвачены 73,5% (86) детей: девочки — 58,1%, мальчики — 41,9%. Посещают одно детское внешкольное учреждение 22 (25,6%) ребенка, две секции — 47 (54,6%), три и более — 17 (19,8%). При оценке гармоничности антропометрических признаков установлена тенденция к избытку массы тела у учащихся, не вовлеченных в дополнительные программы. Отмечена тенденция к снижению массы тела при сохранении центильного интервала по показателю роста у школьников с культурной или языковой активностью, что является критерием дисгармоничности физического развития. При сравнительном анализе показателей детей младшего школьного возраста обнаружены высокие значения длины тела и массы тела при активных занятиях спортом. Установлено, что среди детей с дисгармоничным физическим развитием школьники с внеурочной активностью преобладают над учащимися без внеурочной деятельности (41 и 26% соответственно). При дополнительных занятиях более двух раз в неделю у учеников, совмещающих спортивную секцию и занятия культурной направленности, переход на дисгармоничный уровень развития происходит в 40% случаев. При изучении языков, дополнительном художественном и музыкальном образовании (начало занятий в 3 года или ранее) — в 50% случаев.

**Заключение.** Внеурочная деятельность и дополнительные общеобразовательные программы оказывают влияние на гармоничность развития детей при более раннем вовлечении, а также с большой временной нагрузкой и высокой кратностью занятий (более двух раз в неделю). У всех детей, которые начали посещать кружки в возрасте трех лет и ранее, и у половины третьеклассников с внеурочной деятельностью более 10 ч в неделю отмечается дисгармоничное развитие.





## МОЧЕВОЙ ЛИПОКАЛИН — ПРЕДИКТОР ВТОРИЧНЫХ НЕФРОПАТИЙ ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Куценко Л.В., Вялкова А.А., Савельева Е.В., Чеснокова С.А.,  
Мещерякова А.И.

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

**Актуальность.** Ранняя диагностика поражения почек при эндокринных заболеваниях у детей является актуальной проблемой современной педиатрии. Липокалин, ассоциированный с желатиназой нейтрофилов (NGAL) — чувствительный и ранний маркер почечного повреждения (Byun K. et al., 2017).

**Цель исследования.** Оценить патогенетический маркер вторичного поражения почек у детей с эндокринными заболеваниями.

**Пациенты и методы.** Обследовано 150 детей в возрасте от 3 до 17 лет с эндокринопатиями без патологии почек ( $n = 60$ ), вторичными нефропатиями при сахарном диабете 1-го типа (СД 1,  $n = 25$ ), конституционально-экзогенном ожирении (КЭО,  $n = 20$ ), аутоиммунном тиреоидите (АИТ,  $n = 15$ ). Контрольную группу составили 30 условно здоровых детей того же возраста. Всем детям проведено комплексное обследование с оценкой уровня NGAL, микроальбуминурии (МАУ), структурного состояния почек и почечных функций.

**Результаты.** У детей со вторичным поражением почек при СД 1, КЭО и АИТ уровень NGAL достоверно выше ( $20,03 \pm 5,92$ ;  $3,52 \pm 1,20$ ;  $10,44 \pm 3,89$  нг/мл соответственно) по сравнению с детьми с эндокринопатиями без поражения почек ( $3,84 \pm 1,41$ ;  $1,0 \pm 0,05$ ;  $1,87 \pm 0,46$  нг/мл) и контрольной группы ( $1,87 \pm 0,46$  нг/мл,  $p < 0,05$ ). Средний показатель систолической ( $V_s$ ) и диастолической ( $V_d$ ) скорости внутривисцерального кровотока у детей со вторичным поражением почек статистически значимо ниже по сравнению с таковым у пациентов без поражения почек. Артериальная гипертензия диагностирована статистически достоверно чаще в группе детей со вторичными нефропатиями по сравнению с детьми без поражения почек ( $p < 0,05$ ). У 100% детей со вторичными нефропатиями выявлена гиперфльтрация по показателю скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ( $p < 0,05$ ). МАУ диагностирована статистически достоверно чаще у детей при вторичном поражении почек по сравнению с пациентами с эндокринопатиями без нефропатий. Установлено, что увеличение уровня NGAL ассоциирует с гиперфльтрацией по СКФ ( $r = 0,64$ ;  $0,27$ ;  $0,22$ ), АУ ( $r = 0,41$ ;  $0,27$ ;  $0,46$ ), снижением параметров  $V_s$  и  $V_d$  ( $p < 0,05$ ). Клиническая значимость NGAL как биомаркера вторичного поражения почек при эндокринопатиях у детей подтверждена по показателям относительных рисков (при СД 1 — 5,09, КЭО — 4,88, АИТ — 4,12), чувствительности (0,8; 0,8; 0,73) и специфичности (0,92; 0,9; 0,93).

**Заключение.** Оценка уровня NGAL перспективна для ранней диагностики вторичных нефропатий у детей с СД 1, КЭО и АИТ.

## ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В СЕМЬЕ РЕБЕНКА С ОЖИРЕНИЕМ

Кучкина А.Ю., Сметанина С.А.

ФГБУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** Нарушения пищевого поведения у детей являются одной из причин формирования детского ожирения. Правильные пищевые привычки ребенка закладываются еще до момента рождения и во многом зависят от стиля питания семьи.

**Цель исследования.** Определить особенности пищевого поведения в семьях детей с ожирением.

**Пациенты и методы.** Проведено одномоментное исследование 20 семей детей с ожирением в возрасте от 7 до 10 лет, которое включало в себя анкетирование родителей, сбор анамнеза и антропометрическое обследование ребенка с определением SDS ИМТ. Оценка пищевого поведения в семьях оценивалась с помощью опросников SEBQ, DEBQ.

**Результаты.** По результатам анкетирования 50,0% матерей и 75,0% отцов имели избыточную массу тела и ожирение. Ограничительный тип пищевого поведения имели 70,0% матерей и 22,2% отцов, экстернальный тип — 20,0 и 55,5% соответственно. При анализе пищевого поведения детей средние показатели шкал «пищевое поведение» и «избегания пищи» оказались равными и составили  $2,96 \pm 0,58$  [2,47; 3,35] и  $2,97 \pm 0,28$  [2,67; 3,0]. Выявлены взаимосвязи между ИМТ матери и SDS ИМТ ребенка ( $r = 0,71$ ,  $p = 0,0007$ ); между возрастом ребенка и шкалами «реакция на еду» и «ощущение сытости» ( $r = -0,6$ ,  $p = 0,005$ ;  $r = 0,65$ ,  $p = 0,002$ ); между возрастом ребенка и количеством ночных перекусов ( $r = 0,42$ ,  $p = 0,03$ ); между шкалами «реакция на еду», «удовольствие от еды», «ощущение сытости» и количеством основных приемов пищи у ребенка ( $r = 0,63$ ,  $p = 0,02$ ;  $r = 0,57$ ,  $p = 0,04$  и  $r = -0,58$ ,  $p = 0,04$  соответственно).

**Заключение.** В семьях детей с ожирением отмечается противоречивость типов пищевого поведения родителей, что может являться предпосылкой формирования деструктивных пищевых привычек ребенка в виде пристрастия к пище или ограничения в ней.

## СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Кушнир С.М.<sup>1</sup>, Антонова Л.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Тират Кармель, Израиль

<sup>2</sup> Тверской государственный медицинский университет, Тверь,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Проблема донозологических состояний, их роль в формировании здоровья подростков остается еще недостаточно изученной, что мотивирует пересмотр целого ряда положений, касающихся этиологии, генеза и эффективной профилактики.

**Цель исследования.** Показать роль донозологических состояний в формировании пограничной патологии у подростков, эффективность донозологической диагностики и здорового образа жизни в их профилактике.

**Пациенты и методы.** Обследованы 784 подростка 13–17 лет. Уровень вегетативной регуляции определялся методом анализа вариабельности сердечного ритма (Баевский Р.М., 2008), состояние системной деятельности — с использованием физических нагрузок и ортостатической пробы по общепринятым методикам. Для исследования энергOMETаболического обеспечения регуляторного процесса проводилось биохимическое исследование липидного и минерального обмена (Сидоренко Г.И., 1981).

**Результаты.** Установлено, что донозологические состояния снижают уровень здоровья подростков, негативно влияя на развитие системной, физической и когнитивной деятельности, качество жизни и социальную адаптацию, создавая проблемы общения, обучения, выбора профессии, службы в армии. Показано, что стадийность формирования донозологических состояний обусловлена высокой эрготропной активностью, сопровождающейся значительными энергетическими затратами катаболического характера вплоть до их истощения с вынужденным переходом к экономизированному трофотропному обеспечению анаболического характера и повышением вариабельности функциональных параметров. До настоящего времени донозологическая диагностика остается маловостребованной в педиатрической практике, что чревато развитием пограничной и психосоматической патологии. Результаты исследования указывают на обратимый характер донозологических состояний и на возможность эффективной целенаправленной их коррекции, ориентированной на восстановление оптимального уровня регуляторных параметров и рационального соотношения энергозатрат и энергообеспечения.

**Заключение.** Изучаемая проблема имеет важную социальную значимость как пограничный с психосоматической патологией стресс-фактор, детерминирующий снижение уровня здоровья подростков и ограничивающий системные функции жизнеобеспечения. Донозологическая диагностика и профилактика должны быть направлены на гармонизацию управляющих регуляторных и функциональных систем на основе здорового образа жизни, навыки которого не имеют возрастных ограничений и должны прививаться ребенку с раннего детства.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19)

Лазарева А.Н.<sup>1</sup>, Тихонович Ю.В.<sup>1,2</sup>, Рыбкина И.Г.<sup>1</sup>, Воронцова И.Г.<sup>3</sup>,  
Путилина Е.А.<sup>3</sup>, Петряйкина Е.Е.<sup>1,3</sup>

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

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Изучение влияния новой коронавирусной инфекции COVID-19 на манифестацию и течение сахарного диабета 1-го типа (СД 1) у детей обеспечит специалистам максимальную информированность о вариантах течения заболевания для оптимизации тактики ведения и лечения пациентов, улучшения качества, эффективности и доступности профильной медицинской помощи.

**Цель исследования.** Анализ данных клинико-лабораторного наблюдения пациентов с СД1, госпитализированных в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» в период с марта 2020 по март 2021 г. для разработки рекомендаций по клиническому наблюдению.

**Пациенты и методы.** Нами были обследованы 1523 пациента (749 девочек и 774 мальчика) в возрасте от 10 мес до 17 лет 11 мес 29 дней с СД 1. В исследование были включены 585 детей (262 девочки и 323 мальчика) с впервые выявленным СД 1 (ВВСД 1). Всем пациентам при поступлении был взят анализ на кислотно-щелочное состояние в капиллярной крови (КЩС). Уровень антител (IgG и IgM) к SARS-CoV-2 был определен у 383 пациентов. В зависимости от этого пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — 124 пациента с перенесенной ранее COVID-19-инфекцией и 2-я группа — 259 пациентов без перенесенной ранее COVID-19-инфекцией.

**Результаты.** 383 детям (163 девочки и 220 мальчиков) при поступлении был определен уровень антител (IgG и IgM) к SARS-CoV-2. С перенесенной COVID-19-инфекцией (диагностический титр IgG > 10) было 32,3% (124 человека) и 67,6% (259 человек) были без маркеров перенесенной ранее COVID-19-инфекции (диагностический титр IgG < 10). Диабетический кетоацидоз при поступлении (ДКА) наблюдался у 39,6% (49 человек) с перенесенной COVID-19-инфекцией и у 42,8% (111 человек) без перенесенной COVID-19-инфекции. Так же была обследована группа детей с текущей COVID-19-инфекцией и ВВСД 1. У всех пациентов был обнаружен РНК SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). В группу вошли 15 человек (6 девочек и 11 мальчиков). У 45,6% (7 человек) отмечался ДКА различных степеней тяжести при поступлении. У 28,6% (2 человека) — ДКА легкой степени, у 14,2% (1 человек) — ДКА средней степени, у 57% (4 человека) — ДКА тяжелой степени тяжести. У одного ребенка отмечалось сочетание текущей COVID-19-инфекцией и диабетической кетоацидотической комы (ДК) с гиперосмолярным компонентом.

**Заключение.** По данным проведенного ретроспективного исследования не было статистически значимой разницы между наличием ДКА у пациентов с перенесенной новой COVID-19-инфекцией и без нее (39,55 против 42,8%). Но отмечалось увеличение ДКА тяжелой степени (57%) у пациентов с текущей новой COVID-19-инфекцией. Также, учитывая наличие пациента с текущей COVID-19-инфекцией и ДК с гиперосмолярным компонентом, важно более детально изучить влияние инфекции на развитие и течение ВВСД 1. В настоящее время имеется недостаточно научных данных об особенностях течения ВВСД 1 у детей с COVID-19, в которых обсуждается роль SARS-CoV-2 как триггера СД 1, более тяжелой манифестации заболевания, декомпенсации текущего СД 1, что демонстрирует медицинскую и социальную значимость изучения этой проблемы.



## АСФИКСИЧЕСКАЯ ТОРАКАЛЬНАЯ ДИСПЛАЗИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ МУТАЦИЯМИ В ГЕНЕ DYNC2H1

Лазаревич А.А., Мясников С.О.

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

**Актуальность.** Асфиксическая торакальная дисплазия (АТД) (синдром Жене) — редкая, часто летальная, аутомсомно-рецессивно наследуемая остеохондродисплазия, относящаяся к группе цилиопатий. Характеризуется узкой колоколообразной грудной клеткой с короткими ребрами, что приводит к возникновению гипоплазии легких и легочной недостаточности после рождения. Трубчатые кости могут быть укорочены по ризомелическому типу или не изменены. Возможна постаксиальная полидактилия, у 30% пациентов развивается терминальная стадия почечной недостаточности, реже отмечаются фиброз печени и поражение сетчатки.

АТД вызвана мутациями в генах интрафлагеллярного транспорта (ИФТ), посредством которого осуществляются доставка и удаление компонентов, необходимых для поддержания структуры и функций цилии, включая ген моторной субъединицы ИФТ динеина-2 (DYNC2H1). Генетическая гетерогенность и большой «размер» гена DYNC2H1 (90 экзонов) затрудняют молекулярную диагностику АТД. Мутации в данном гене описаны также при синдромах коротких ребер-полидактилии 2-го и 3-го типов.

**Цель исследования.** Установление нозологической формы остеохондродисплазии, определение риска для жизни и здоровья пробанда, повторения в семье при проведении медико-генетического консультирования.

**Пациенты и методы.** Пробанд — мальчик в возрасте первых суток. Образец ДНК, выделенный из лейкоцитов крови методом солевой экстракции, исследован методом высокопроизводительного секвенирования нового поколения с использованием панели TruSight Inherited Disease Sequencing Panel, Illumina.

**Результаты.** Ребенок от 4-й беременности 4-х срочных родов, родился в сроке 37 нед путем кесарева сечения (по показаниям матери). Физические показатели при рождении: рост — 54 см, вес — 3430 г (50 р.с.), окружность головы — 37 см (95 р.с.), грудной клетки — 28 см (менее 3 р.с.). Оценка по шкале APGAR — 6/ИВЛ. Тяжесть состояния обусловлена дыхательной недостаточностью вследствие гипоплазии легких. При осмотре генетиком определялись выступающий лоб, запавшая переносица, короткая шея, крайне узкая грудная клетка, сосковый гипертелоризм, ризомелическое укорочение конечностей, эквиноварусная деформация стоп легкой степени. По данным рентгенограммы установлены резко укороченные ребра, деформация ключиц, укорочение плечевых и бедренных костей с измененными метафизами, горизонтально расположенные вертлужные впадины с диспластичными внутренними краями, образующими симптом «трезубца». При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости патологии не выявлено. Клинический диагноз: АТД. По данным молекулярно-генетического тестирования установлено компаунд-гетерозиготное носительство мутаций в гене DYNC2H1: с.9044A>G (Asp3015Gly), с.2992C>T (Arg998\*). При анализе доступных данных литературы установлено, что наиболее частой причиной возникновения АТД являются мутации в гене DYNC2H1. Идентифицированы миссенс-, нонсенс-, мутации сдвига рамки считывания, сайта сплайсинга или делеции гена DYNC2H1, при этом ни у одного из пациентов не описаны гомозиготные нонсенс-мутации и мутации сайта сплайсинга. Мутации в гене DYNC2H1 в первую очередь приводят к поражению скелета и не связаны со значительным поражением почек, печени и поджелудочной железы, что отличается от клинических данных у пациентов с АТД, вызванной мутациями в гене IFT140, где была описана высокая частота заболевания почек и ретинопатии. В нашем наблюдении поражение почек и сетчатки не выявлено. Этим объясняется более высокая частота выживаемости пациентов с мутациями в гене DYNC2H1 по сравнению с пациентами, несущими мутации в других генах, ответственных за возникновение АТД. Однако описана вариабельность степени поражения грудной клетки между пациентами с разными мутациями в гене DYNC2H1, а также между сибсами с идентичными генотипами DYNC2H1, что затрудняет прогноз для жизни и здоровья пробандов.

**Заключение.** АТД характеризуется широкой вариабельностью фенотипа и степени тяжести клинической картины. Основным проявлением АТД, обусловленной мутациями в гене DYNC2H1, является системное поражение скелета. Молекулярно-генетическая диагностика имеет первостепенное значение для подтверждения диагноза у пробанда, что позволяет оценить риск повторного рождения ребенка с АТД в данной семье и планировать пренатальную диагностику.





## СПЕКТР ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА, ДИАГНОСТИРУЕМЫХ У ПЛОДОВ В I ТРИМЕСТРЕ

Лазаревич А.А.

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

**Актуальность.** Развитие ультразвуковых технологий позволяет существенно улучшить возможность диагностики сердечных аномалий с помощью ранней эхокардиографии плода. В части случаев пренатальный диагноз звучит как «врожденный порок сердца (ВПС) неуточненный», «риск по ВПС».

**Цель исследования.** Изучить спектр ВПС, диагностируемых у плодов, абортированных в I триместре беременности после проведения ультразвуковой пренатальной диагностики.

**Пациенты и методы.** Объектом исследования послужили 200 плодов, абортированных в I триместре по медико-генетическим показаниям в рамках программы популяционного скрининга беременных в г. Минске с ВПС, установленными при патоморфологическом исследовании, за 2018–2021 гг. Материал в стерильной посуде доставляли для патоморфологического, цито- и/или молекулярно-генетического исследований. Кариотипирование было успешно в 92,5% (185/200) случаев, в том числе в 48,0% (96) — с использованием тканей постабортного материала.

**Результаты.** Самой частой патологией оказались хромосомные болезни — 71,5% (143/200). Синдром Эдвардса диагностирован в 26,5% (53) случаев. Средний возраст женщин —  $33,8 \pm 6,4$  года. Наиболее частыми ВПС у плодов явились дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) в сочетании с бicuspidальными клапанами аорты и легочного ствола (ЛС) — 43,4% (23/53) и атриовентрикулярная коммуникация (АВК) — 34% (18/53). Синдром Дауна выявлен в 22% (44) случаев. Средний возраст женщин —  $34,41 \pm 6,2$  года. Наиболее частыми ВПС явились АВК — 50% (22/44), ДМЖП — 27,3% (12/44) и правая aberrантная подключичная артерия (ПАПА) — 15,9% (7/44). Синдром Тернера диагностирован в 12,5% (25) случаев. Средний возраст женщин —  $29,5 \pm 5,3$  года. Патогномичным ВПС явилась гипоплазия перешейки аорты — 44% (11/25) или гипоплазия восходящей и перешейки аорты — 56% (14/25), в том числе с аплазией заслонки клапана аорты (5/25). Толщина воротникового пространства у плодов с синдромом Тернера в первом триместре была  $7,73 \pm 2,5$  мм. Синдром Патау составил 9% (18) случаев. Средний возраст —  $29,8 \pm 5,8$  года. ВПС: ДМЖП — 50% (9/18) и клапанный стеноз аорты — 27,8% (5/18). Синдром триплоидии диагностирован в 6% (12) случаев. Средний возраст беременных —  $30,2 \pm 5,2$  лет. Основной ВПС у плодов: стеноз ЛС — 50%, в том числе изолированный (3), в сочетании с ДМЖП (1), в составе двойного отхождение магистральных сосудов из правого желудочка (ДОМС) (1), тетрады Фалло (1).

У 12% (24) плодов были установлены нехромосомные синдромы: гетеротаксии — 29,2% (7) (основные ВПС: ДОМС со стенозом ЛС (3), единственный желудочек сердца (ЕЖС) со стенозом/атрезией ЛС (2), транспозиция магистральных сосудов (ТМС) со стенозом ЛС (1), ГЛОС (1)); ассоциация расщелин — 41,7% (10) (ВПС разнородны); VATER (2) (ВПС: ЕЖС с атрезией ЛС (1), ДОМС с атрезией ЛС (1)); пентада Кантрелла (2) (ВПС: ОАС (1), ДОМС (1)); аномалия стебля тела (1) (ДМЖП); Нуна (1) (ДМПП, стеноз ЛС); Холта – Орама (1) (ДМЖП).

В 7,5% (15) случаях ВПС у плодов были изолированными: ГЛОС (3), ДОМС (3), коарктация дуги аорты (3), АВК (2), ТМС (2), тетрада Фалло (1), дивертикул левого желудочка (1).

**Заключение.** При проведении патоморфологического исследования плодов в первом триместре возможно диагностировать весь спектр нозологических форм ВПС, что позволяет получать максимально полную информацию о характере выявленной патологии для медико-генетического консультирования семьи по прогнозу потомства.



## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ЭРОЗИВНОЙ И НЕЭРОЗИВНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Латышев Д.Ю., Лобанов Ю.Ф., Орехова А.К.

*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Российская Федерация*

**Актуальность.** Качество жизни (КЖ) — инструмент, позволяющий включить в оценку заболевания субъективную составляющую, основанную на восприятии самого пациента.

**Цель исследования.** Дать сравнительную характеристику КЖ и оценить влияние на его показатели отдельных симптомов у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование 300 детей, имеющих гастроэнтерологические симптомы, при помощи опросника Gerd-Q, после чего выявлены 62 ребенка школьного возраста, набравшие  $\geq 8$  баллов, у которых оценена выраженность симптомов ГЭРБ. Проведена фиброгастродуоденоскопия, сформировано 2 группы — 39 с эрозивной и 23 — с неэрозивной ГЭРБ. Всем проведена оценка КЖ с помощью опросника PedsQL.

**Результаты.** С эрозивной ГЭРБ суммарный показатель КЖ составил  $69,2 \pm 13,2$ , с неэрозивной —  $62,9 \pm 12,9$  ( $p > 0,05$ ). В обеих группах наибольшее снижение отмечено по шкале ролевого функционирования —  $59,6 \pm 16,1$  и  $52,9 \pm 13,9$  балла. В обеих группах имело место большее снижение по шкалам психосоциального, чем физического функционирования. В 1-й подгруппе —  $67,8 \pm 14,5$  и  $62,9 \pm 12,9$ , во 2-й —  $73,7 \pm 13,7$  и  $67,1 \pm 13,5$  балла соответственно. В 1-й подгруппе отрицательная корреляция между выраженностью болевого синдрома и показателями по шкале физического ( $r = -0,36$ ) и ролевого функционирования ( $r = -0,35$ ). Во 2-й подгруппе — между болевым синдромом и ролевым ( $r = -0,31$ ), между ночными эпизодами изжоги и эмоциональным функционированием ( $r = -0,37$ ) и между потребностью в приеме лекарственных препаратов по поводу изжоги и физическим ( $r = -0,35$ ) и эмоциональным функционированием ( $r = -0,35$ ).

**Заключение.** Выявлено умеренное снижение показателей КЖ, преимущественно по шкалам психосоциального функционирования. Выявлено негативное влияние болевого синдрома на показатели физического, а изжоги — психосоциального функционирования. Более высокая потребность в лекарственной терапии негативно влияет на показатели КЖ.

## ГАСТРОКАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Лимаренко М.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, Донецкая Народная Республика

**Актуальность.** Известно, что гастрокардиальный синдром (синдром Ремхельда) представляет собой комплекс желудочно-кишечных симптомов, связанных с кардиальными проявлениями. Основу синдрома составляют изменения рефлекторного характера в работе сердечно-сосудистой системы.

**Цель исследования.** Изучение состояния сердечно-сосудистой системы у детей с синдромом Ремхельда на фоне дисплазии соединительной ткани.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находились 39 детей и подростков от 10 до 18 лет с синдромом Ремхельда, проходивших лечение в отделении детской кардиологии и кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака г. Донецка. Мальчиков обследовано 22 чел. (56,4%), девочек — 17 чел. (43,6%). Комплекс обследования включал: ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, суточное мониторирование АД, ЭхоКГ, УЗДГ сосудов головы и шеи, УЗИ щитовидной железы, УЗИ органов желудочно-кишечного тракта.

**Результаты.** Все больные при поступлении предъявляли жалобы на кардиалгии, перебои в работе сердца, чувство нехватки воздуха, головокружение. Появление отмеченных жалоб было связано с приемом пищи. На ЭКГ, записанной во время приступов, у 38 (97,4%) детей отмечался синусовый ритм, у 24 (61,5%) пациентов — синусовая тахикардия, у 12 (30,8%) детей — одиночная наджелудочковая экстрасистолия, у 9 (23,1%) пациентов — миграция водителя ритма по предсердиям, у 7 (17,9%) детей — AV-блокада 1-й степени, у 1 (2,6%) ребенка — пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. У 25 (64,1%) пациентов во время приступов зарегистрировано повышение АД.

Изучение состояния сердечно-сосудистой системы показало наличие ВПС (открытого артериального протока — 0,2 см) — у 1 (2,6%) ребенка, двухстворчатого аортального клапана — у 3 (7,7%) пациентов, открытого овального окна — у 5 (12,8%) детей, пролапса митрального клапана — у 10 (25,6%) пациентов, миксоматозной дегенерации клапанов — у 2 (5,1%) больных, вегетативной дисфункции синусового узла — у 1 (2,6%) ребенка, вегетососудистой дисфункции — у 37 (94,9%) детей. Следует отметить, что все дети с гастрокардиальным синдромом имели проявления дисплазии соединительной ткани: синдром гипермобильности суставов — 26 (66,7%) пациентов, плоскостопие — 10 (25,6%) больных, сколиоз — 8 (20,5%) человек, деформацию грудной клетки — 7 (17,9%) пациентов, грыжу пищеводного отверстия диафрагмы — 7 (17,9%) человек.

**Заключение.** Таким образом, дети и подростки, имеющие заболевания желудочно-кишечного тракта, при появлении кардиальных жалоб нуждаются в углубленном обследовании сердечно-сосудистой системы с применением современных методов диагностики.



## ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПОСТНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ НАРКОЗАВИСИМЫХ МАТЕРЕЙ

Лисихина Н.В.<sup>1</sup>, Галактионова М.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Сибирский юридический институт МВД России, Красноярск, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Псковский государственный университет», Псков, Российская Федерация

**Актуальность.** Актуальность связана с ростом во всем мире новорожденных, подвергшихся во внутриутробном периоде воздействию психотропных веществ. Помимо прямого воздействия на организм матери, их употребление влияет на развитие внутриутробного ребенка, повышает риск развития психических и физических отклонений у детей.

**Цель исследования.** Изучить состояние здоровья и течение постнатального периода у новорожденных, родившихся от наркозависимых матерей.

**Пациенты и методы.** Проведено комплексное обследование 65 недоношенных от матерей, в анамнезе которых употребление психоактивных веществ, в частности инъекционного героина (основная группа), и 37 доношенных новорожденных от женщин с физиологическим течением беременности — контрольная группа. Средний гестационный возраст новорожденных основной группы составлял  $33,9 \pm 1,6$  нед, у новорожденных контрольной группы —  $39,1 \pm 0,7$  нед.

**Результаты.** Масса тела детей, родившихся от наркозависимых матерей, в среднем составила  $2075 \pm 275$  г, длина тела —  $45,1 \pm 2,4$  см, у доношенных контрольной группы —  $3475,3 \pm 415,1$  г и  $53,5 \pm 1,4$  см соответственно. Синдром задержки внутриутробного развития (чаще по гипотрофическому варианту) регистрировался у 60,5% детей основной и 7,1% контрольной группы. На момент осмотра у 82,1% доношенных новорожденных состояние оценивалось как удовлетворительное или близкое к нему, у 17,9% детей — средней тяжести. Состояние 49,2% новорожденных основной группы оценивалось как средней степени тяжести, у 47,7% — как тяжелое. Тяжесть была обусловлена наличием острой дыхательной недостаточности, респираторного дистресс-синдрома, неврологической симптоматикой. Диагноз церебральной ишемии выставлен у 63 (96,7%) детей основной группы. Церебральная ишемия I степени имела место у 19,04%, ишемия II степени с синдромами повышенной или пониженной нервно-рефлекторной возбудимости, внутричерепной гипертензии, вегето-висцеральных дисфункций — у 66,6%. Церебральная ишемия III степени в виде синдрома пониженной нервно-рефлекторной возбудимости с гипотонией и гипорефлексией была у 17,4% детей основной группы. Абстинентный синдром выявлен у 26,1% детей основной группы, развивался через 12–24 ч и достигал максимального развития в течение 48 ч. В клинике преобладали повышение нервно-мышечной возбудимости, нарушение сна, судорожная готовность, монотонный резкий крик, гипертермия.

**Заключение.** Для новорожденных, перенесших внутриутробное воздействие наркотических и психотропных веществ, типично развитие неонатального абстинентного синдрома, который значительно отягощает процесс адаптации ребенка в постнатальном периоде, требует проведения интенсивной терапии и дальнейшей реабилитации. Большинство из них рождаются недоношенными в тяжелом и средней тяжести состоянии, имеют дисгармоничные варианты физического развития, патологию центральной нервной системы, респираторный дистресс-синдром.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПОДРОСТКОВ СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ К НЕЗАКОННОМУ УПОТРЕБЛЕНИЮ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

Лисихина Н.В.<sup>1, 2</sup>, Галактионова М.Ю.<sup>3</sup>, Лисихин И.С.<sup>2</sup>, Протасов С.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Сибирский юридический институт МВД России, Красноярск, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Псковский государственный университет», Псков, Российская Федерация

**Актуальность.** Решение задач, поставленных Концепцией демографической политики России на период до 2025 г., нельзя представить без значительного уменьшения наркотизации населения, в частности подростковой наркомании, и снижения смертности от отравлений различными психоактивными веществами (ПАВ).

**Цель исследования.** Изучить особенности отношения к проблеме незаконного употребления наркотических средств и психотропных веществ в немедицинских целях обучающихся позднего подросткового возраста медицинского и юридического колледжа.

**Пациенты и методы.** В опросе принимали участие обучающиеся (подростки 15–17 лет включительно) Фармацевтического колледжа КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России (n = 135) и КГБПОУ «Красноярский юридический техникум» (n = 75). В проведенном исследовании использовалась анонимная анкета-опросник, состоящая из 43 вопросов. Лица женского пола составили в популяции 64%, лица мужского пола — 36%. Необходимо отметить, что будущие профессии респондентов непосредственно связаны с незаконным употреблением наркотических средств и психотропных веществ в сфере противодействия.

**Результаты.** В нашем исследовании почти все респонденты были проинформированы о существовании различных видов ПАВ (более 90% опрошенных) и считают наркоманию современной проблемой молодого поколения. Знания обучающихся характеризовались неполнотой и односторонним характером (в основном указывали на эйфоризирующий и обезболивающий эффект). 65% студентов-медиков и 71% будущих юристов считают, что употребление ПАВ — это признак слабости характера, 14 и 9% соответственно — что это признак недостаточной информированности о вреде вещества, остальные опрошенные отметили признак самостоятельности. На вопрос, что можно предпринять, если близкий человек начнет употреблять наркотические средства, всего 4% обучающихся юридического колледжа отметили обращение к врачу, остальные в основном намерены уговаривать, объяснять вред наркотиков. Студенты медицинского учреждения в половине случаев готовы обратиться за медицинской помощью к специалисту. Рассматривая варианты ответов анкеты, где чаще всего можно приобрести ПАВ, будущие медицинские работники отвечали в основном: у друзей, знакомых, у продавцов в розницу, изготовить самостоятельно. Половина юристов воздержались от ответа, а остальные считают, что чаще всего у продавцов, у друзей и в медицинских учреждениях. Почти 40% обучающихся обоих вузов считают, что человек, регулярно употребляющий наркотические средства, в среднем может прожить до 5 лет, это говорит о слабой информированности студентов о смертельном действии ПАВ на организм человека.

**Заключение.** Полученные результаты проведенного анкетирования показали новые данные об информированности обучающихся подростков о незаконном употреблении наркотических средств в немедицинских целях. Полученные данные следует учитывать при профилактической работе с молодежью в образовательных и лечебно-профилактических учреждениях, а также в рамках профессионального обучения, повышая доступность познавательной антинаркотической информации с акцентом на пропаганду здорового образа жизни, и для разработок программ по предупреждению наркозависимости в подростковом возрасте.

## СЛУЧАЙ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ С НАКОПЛЕНИЕМ ЖЕЛЕЗА В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ У РЕБЕНКА

Лохтина Л.Ю.

БУ «Сургутская городская поликлиника № 4», Сургут, Российская Федерация

**Актуальность.** Нейродегенерации с накоплением железа в мозге — neurodegeneration with brain iron accumulation (NBIA) — клинически и генетически гетерогенная группа наследственных прогрессирующих болезней ЦНС с выраженным накоплением железа в базальных ганглиях, с характерной картиной при нейровизуализации — «глаза тигра», проявляющихся прогрессирующим ухудшением психомоторных функций, аксиальной дистонией, спастичностью и атаксией, а у некоторых детей — атрофией зрительного нерва, миоклонической эпилепсией. Общая частота всех форм NBIA оценивается как 1–2 на 1 000 000 новорожденных. Такое небольшое число пациентов затрудняет проведение исследований патогенеза заболевания и разработку терапевтических подходов.

**Цель исследования.** Описание клинического случая редкого нейродегенеративного заболевания у ребенка.

**Пациенты и методы.** Девочка Н., 19.05. 2015 г.р., направлена на курс реабилитации в дневной стационар БУ «Сургутская городская поликлиника № 4» в июле 2021 г. с жалобами на нарушение походки, координации, частые падения, нарушение речи. Из анамнеза заболевания выявлено, что нарушение координации отмечали с раннего возраста. С 2,5 лет — задержка формирования активного словаря, запинки в речи, нарушение звукопроизношения. С возраста 6 лет (с апреля 2021 г.) — нарушение походки, координации, появился разворот правой стопы кнаружи. Начала часто спотыкаться при ходьбе. Нарос мышечный тонус в ногах, отмечался регресс в нейropsихическом развитии. При проведении неврологического осмотра: нарушение артикуляционной моторики, гиперсаливация, запинки в речи, легкий экстрапирамидный тонус в верхних конечностях по типу вязкости, пирамидная симптоматика в нижних конечностях с гиперрефлексией и клонусами стоп, тугоподвижностью в голеностопных суставах, снижением силы до 4 баллов в разгибателях стоп, атаксический синдром в виде нарушения координации при ходьбе и проведении координаторных проб.

Из проведенных методов исследования отмечалась задержка развития на 1 год по данным нейropsихологического тестирования. КТ головного мозга от 20.02.2020 — без патологии. МРТ головного мозга от 29.06.2021 — картина расширения ретроцереbellарного пространства, кистозная трансформация шишковидной железы. МРТ позвоночника шейного, грудного и поясничного отделов — без патологии. ЭНМГ стимуляционная нижних конечностей от 01.07.2021 — патологии не выявлено. ЭЭГ-видеомониторинг сна от 08.07.2021 — основной ритм соответствует возрасту. Выявлена эпилептиформная активность в виде миоклонических паттернов с максимумом проявления во сне. Эпилептических приступов не зарегистрировано. Анализ крови на КФК — 101 г/л.

**Результаты.** Проведено полное секвенирование экзона — выявлены заболевания, ассоциированные с геном Infantile neuroaxonal dystrophy 1; Neurodegeneration with brain iron accumulation 2B; Parkinson disease 14, autosomal recessive. Консультирована офтальмологом — частичная атрофия зрительных нервов. Учитывая результаты экзомного секвенирования, сканы МРТ головного мозга были повторно консультированы экспертом — профессором А.А. Алихановым — объем мозжечка атрофически редуцирован. Избыточная айронизация бледных шаров, оград и красных ядер обоих полушарий. Избыточное для данного возраста накопление железа в подкорковых ядрах обеих сторон. Ребенок консультирован генетиком в ФГБНУ МГНЦ имени академика Н.П. Бочкова. Выставлен диагноз: «Нейродегенерация с накоплением железа в головном мозге, тип 2B». Проведено секвенирование по Сэнгеру генов PLA2G6 и KDM3B. У мамы обнаружена нуклеотидная замена в гене PLA2G6 chr22:38135007T>C в гетерозиготном состоянии.

**Заключение.** В настоящее время методов излечения наследственной патологии не существует. Однако, уточнив диагноз, можно говорить о прогнозе заболевания для пациента. Также можно определить риск рождения больного ребенка у данной пары. Разработаны методы пренатальной диагностики, позволяющие исключить рождение больного ребенка или носителя заболевания.

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

Луценко В.В.<sup>1</sup>, Симатова Е.С.<sup>1</sup>, Русинова Д.С.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** По данным ВОЗ, на глобальном уровне каждый год около 500 000 случаев заболеваний и 50 000 смертельных исходов вызываются менингококком. Особенно тяжело инфекция переносится детьми в возрасте до года, которые не были вакцинированы.

**Цель исследования.** Подчеркнуть необходимость введения вакцинации от менингококковой инфекции в национальный календарь профилактических прививок с 9 мес жизни.

**Пациенты и методы.** В качестве клинических примеров представлены случаи летальных исходов у невакцинированных от менингококковой инфекции больных М. и А. в возрасте 5 и 8 мес соответственно.

Использовали метод анализа медицинской документации пациентов и затем описания полученных данных.

**Результаты.** Пациент А. Вакцинирован с нарушением графика в связи с отказом матери. Заболел остро с подъемом температуры тела до фебрильных цифр, развития диспептического синдрома, госпитализирован, появилась кожно-геморрагическая сыпь, признаки полиорганной недостаточности. По данным лабораторных анализов — лейкопения, нейтропения, гипокоагуляция, высокие маркеры воспаления (ПКТ — 189,5 нг/мл, СРБ — 48,62 мн/л).

Пациент М., данных о вакцинации и анамнеза жизни нет. У матери назофарингит. Заболел остро с повышения температуры тела до фебрильных цифр, катаральных явлений. На 7-й день заболевания обратились к дежурному врачу ГБУЗ ДГП 133 ДЗМ, при осмотре обнаружена геморрагическая звездчатая сыпь с некрозами, ригидность затылочных мышц, положительный симптом Лессажа. Оказана неотложная медицинская помощь, экстренно госпитализирован.

Данные клинические случаи закончились летальным исходом.

**Заключение.** Менингококковая инфекция представляет серьезную угрозу для детей первого года жизни. Врачам важно знать клиническую картину данного заболевания и уметь своевременно и правильно оказывать медицинскую помощь пациенту, особенно при стремительном течении инфекции.



## ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ COVID-19 У ДЕТЕЙ

Любарская С., Раба Т., Тихай О.

*Детская клиническая больница им. Валентина Игнатенко,  
Кишинев, Республика Молдова*

**Актуальность.** COVID-19 представляет большую угрозу для здоровья человечества. Помимо признаков поражения дыхательной системы, наблюдаются также поражения печени. Повышение уровня трансаминаз в сыворотке крови (как правило, в 2 раза по сравнению с нормальным) было отмечено у 14–53% людей, инфицированных SARS-CoV-2.

**Цель исследования.** Охарактеризовать клинические и лабораторные проявления поражения печени у детей, инфицированных COVID-19.

**Пациенты и методы.** Были проанализированы статьи, относящиеся к исследуемой теме, с использованием следующих баз данных: Google, PubMed, NCBI. Принцип отбора заключался во введении ключевых слов «ребенок», «COVID-19» и «поражение печени» в поисковые системы. Также были ретроспективно проанализированы 463 медицинские карты детей, перенесших COVID-19 в период с мая по август 2020 г., выписанных из отделения педиатрии детской клинической больницы им. Валентина Игнатенко г. Кишинева (Республика Молдова).

**Результаты.** В период с мая по август 2020 г. были выписаны 463 пациента, из которых у 175 была лабораторно подтверждена SARS-CoV-2 по данным ПЦР. Возраст больных был следующим: 1–5 лет — 54 ребенка; 6–10 лет — 32 ребенка; 11–15 лет — 32 ребенка, > 16 лет — 62 ребенка. У 50 (28,57%) больных отмечались признаки поражения со стороны органов пищеварения: диарея — у 9 (5,14%); рвота — у 5 (2,85%); тошнота — у 7 (3,99%); боль в животе — у 14 (7,99%); потеря аппетита — у 6 (3,42%), поражение печени — у 9 (5,14%) больных. Из всех общепринятых сывороточных биохимических тестов, отражающих печеночный профиль, были изменены уровни аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспаратаминотрансферазы (АСТ). У большинства повышение активности АЛТ и АСТ не превышало 1,5–2 норм от верхней границы нормы. У 1 ребенка отмечались повышение уровня АЛТ (максимально до 764 ед/л), повышение АСТ (максимально до 181 ед/л) и гепатомегалия при ультразвуковом исследовании внутренних органов.

**Заключение.** Таким образом, при инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2, у детей наблюдается поражение печени, особенно с повышенным уровнем трансаминаз. Механизмы повреждения печени при COVID-19 малоизучены. Среди возможных факторов повреждения рассматриваются вирус-индуцированное влияние, системное воспаление («цитокиновый шторм»), гипоксия, лекарственная гепатотоксичность и др. В клинической практике нам необходимо ответить на вопрос, связано ли повреждение печени с прямой вирусной гепатотоксичностью или с препаратами, используемыми для лечения COVID-19.

## ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОБЩЕЙ ГИПОТЕРМИИ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ

Любина Т.А., Желев В.А., Королев Е.В., Окороков А.О.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) была и остается одной из основных причин развития тяжелых неврологических поражений центральной нервной системы и причиной неонатальной смертности. Данная патология в экономически развитых странах составляет 1–8 случаев на 1000 новорожденных, в экономически неразвитых странах эта цифра увеличивается. Основным методом терапии ГИЭ на данный период времени является терапевтическая гипотермия. Однако остаются открытыми и недостаточно изученными вопросы о динамике метаболических и морфологических изменений у детей на фоне данной терапии.

**Цель исследования.** Изучить особенности метаболических и морфологических изменений у новорожденных с тяжелой асфиксией, в лечении которых применялась общая гипотермия.

**Пациенты и методы.** На базах Областного перинатального центра и Детской городской больницы № 1 г. Томска проведен анализ 72 историй болезни новорожденных с клиническим диагнозом ГИЭ. Сформированы три группы: основная — доношенные новорожденные, которым проводилась терапевтическая гипотермия ( $n = 32$ ); группа сравнения 1 — доношенные новорожденные без гипотермии ( $n = 30$ ) и группа сравнения 2 — поздние недоношенные (34–37 нед) новорожденные ( $n = 10$ ). Критерии включения в основную группу соответствуют показаниям к проведению общей гипотермии. Для изучения особенностей морфологических изменений ЦНС изучены протоколы нейросонографии (НСГ). Статистическая обработка проведена с помощью программного пакета StatSoft Statistica 12.5.

**Результаты.** Основным клиническим проявлением во всех исследуемых группах является синдром угнетения, выявленный в 53% случаев в основной группе, а также в группах сравнения 1 и 2 — 62,5 и 29% соответственно ( $p < 0,05$ ). Судорожный синдром наблюдался у 52% детей основной группы и у 18,8% в группе сравнения 1. По данным НСГ морфологические изменения на 1-е сут были выявлены у 23 детей (71,8%) в основной группе: ишемия — 6 случаев, локальный перивентрикулярный отек (ЛПВО) — 12, единственный случай отека мягких тканей головы и 3 случая кисты сосудистого сплетения. В группе сравнения 1 у 17 новорожденных (56,6%) ЛПВО — 10 случаев, ишемия — 3 и единичная дилатация боковых желудочков, киста, субарахноидальное и субэпендимальное кровоизлияния. В группе сравнения 2 было зафиксировано 5 (50%) эпизодов ЛПВО. При проведении НСГ на 7-е сут в основной группе у 11 детей (34,3%) обнаружены патологические изменения: 2 случая ишемии, 8 — ЛПВО, единичный случай диффузного изменения паренхимы. В группе сравнения 1 у 16 детей (53,3%) ЛПВО — 6 случаев, киста — 4, единичные случаи субдурального и субарахноидального кровоизлияний, ишемии, дилатации боковых желудочков. В сравнительной группе 2 выявлено 4 случая ЛПВО (40%). В результате биохимического анализа крови было обнаружено, что у новорожденных основной группы наблюдается гипергликемия. У участников контрольной группы наблюдается достоверное снижение уровня лактата, повышение уровня ВЕ и нормализация уровня рН крови, в других группах изменения не столь выражены.

**Заключение.** Таким образом, можно сделать вывод, что гипотермия приводит к улучшению состояния новорожденных с тяжелой асфиксией. Но синдром угнетения остается ведущим клиническим проявлением. После проведения гипотермии наблюдается снижение степени тяжести, снижение частоты возникновения морфологических изменений, снижение частоты возникновения ЛПВО. Одновременно с этим происходит нормализация метаболических показателей у новорожденных, что характеризуется снижением уровня лактата, нормализацией рН и повышением уровня ВЕ.

## ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Маклакова О.А., Штина И.Е., Валина С.Л.

*ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», Пермь, Российская Федерация*

**Актуальность.** Низкая двигательная активность современных школьников и высокий уровень учебных нагрузок способствуют формированию у детей школьно-обусловленной патологии костно-мышечной системы, в которой важная роль принадлежит остеопеническому синдрому.

**Цель исследования.** Изучить особенности развития остеопенического синдрома у детей школьного возраста.

**Пациенты и методы.** Проведено клиническое обследование у 62 младших школьников (средний возраст —  $8,5 \pm 1,5$  года), 57 учащихся основной школы (средний возраст —  $12,5 \pm 1,5$  года), 50 старшеклассников (средний возраст —  $16 \pm 1$  год). Группы сопоставимы по гендерному признаку и социально-экономическому показателю ( $p > 0,05$ ). Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) определялась с помощью ультразвуковой денситометрии по значению z-индекса. Сравнительный анализ данных выполнен методами описательной и сравнительной статистики.

**Результаты.** Результаты исследования показали, что патология костно-мышечной системы встречалась у 77,4–90,0% школьников, при этом деформирующая дорсопатия регистрировалась в 1,2–1,4 раза чаще у детей средних классов (54,4%), чем в начальной и старшей школе (43,5 и 38,0% соответственно;  $p = 0,24–0,09$ ). Распространенность сколиоза увеличивалась с 12,9% у детей начальных классов до 46,0% в старшей школе. Риск развития сколиоза у старшеклассников был в 2,2–3,6 раза выше, чем в средней школе ( $RR = 2,18$ ;  $CI = 1,22–3,92$ ) и начальных классах ( $RR = 3,56$ ;  $CI = 1,75–7,27$ ). Каждый второй обследованный школьник по данным ультразвуковой денситометрии имел сниженную МПКТ. Признаки остеопении встречались в 57,9% случаев среди детей основной школы, что было до 1,4 раза чаще, чем среди учащихся младших и старших классов. В начальной школе остеопения выявлялась в 1,9 раза чаще у девочек (61,9 против 31,7% у мальчиков;  $p = 0,02$ ), в старших классах она преобладала в 2,2 раза среди юношей (60,7 против 27,3%;  $p = 0,019$ ). У детей с признаками остеопении патология костно-мышечной системы диагностировалась в 1,4 раза чаще (62 и 43,8%;  $p = 0,04$ ).

**Заключение.** Таким образом, у каждого второго ученика основной школы отмечается деформирующая дорсопатия с признаками снижения минеральной плотности костей, а риск развития сколиоза до 3,6 раза выше у старшеклассников. Отмечено, что остеопенический синдром встречается в начальной школе преимущественно у девочек, в старших классах — у юношей. Признаки остеопении развиваются практически у 2/3 детей с патологией костно-мышечной системы, что необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий.



## РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИПЕРКАЛОРИЙНОЙ СМЕСИ ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ: КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Максимычева Т.Ю.<sup>1, 2</sup>, Кондратьева Е.И.<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> «Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области», Москва, Российская Федерация

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

**Актуальность.** Применение высококалорийных смесей при муковисцидозе сопряжено с рисками негативного влияния на углеводный и липидный обмен. В этой связи представляет интерес изучение эффективности коррекции недостаточности питания и безопасности применения гиперкалорийного энтерального продукта с низким гликемическим индексом и содержанием 50% среднепочечных триглицеридов.

**Цель исследования.** Изучить эффективность коррекции недостаточности питания у детей с муковисцидозом с использованием лечебного гиперкалорийного продукта для энтерального питания

**Пациенты и методы.** В исследование включали пациентов в возрасте от 3 до 18 лет с недостаточностью питания (ИМТ < 50 перцентиля), которым была назначена лечебная гиперкалорийная смесь с целью коррекции недостаточности питания. Оценивали антропометрические показатели (рост, массу тела), состояние фактического питания, дозы панкреатина, функцию легких, показатели углеводного обмена и маркер холестаза (концентрация желчных кислот) исходно и через 1 мес использования смеси.

**Результаты.** Через 1 мес применения гиперкалорийной смеси масса тела (Me) детей увеличилась с 24,5 (21,2; 38,7) до 25,3 кг (21,6; 39,7) ( $p = 0,001$ ), рост (Me) — с 133,5 (120,2; 146,5) до 136,5 см (123,0; 148,5) ( $p < 0,001$ ). Перцентиль роста увеличился с 33 до 40, значения z-критерия — с  $-0,5$  до  $-0,3$  SD ( $p < 0,001$ ). Не было отмечено увеличения ИМТ в динамике — в связи с тем, что рост детей опережал прибавку массы тела. Суточная энергетическая ценность питания увеличилась в среднем на 450 ккал, что составило 21,8% по отношению к физиологической потребности.

**Заключение.** Включение гиперкалорийной смеси в рацион питания детей с муковисцидозом в течение 1 мес значимо увеличивает показатели линейного роста и положительно влияет на общие показатели физического развития. Не отмечено негативного влияния смеси на показатели углеводного и липидного обмена.

Работа выполнена в рамках научной темы «Совершенствование программ диетологической помощи детям с алиментарно-зависимыми и генетически детерминированными заболеваниями» (№ 121122200076-2).

## ИСХОДЫ ГОСПИТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ОРВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Малинина Н.В., Малюгина Т.Н., Сердюков А.Ю., Матвеева М.А.

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

**Актуальность.** Антибиотики при ОРВИ оказывают иммуносупрессивное действие, вызывают нарушения микробиоценоза и применяются только при бактериальных осложнениях, однако эти рекомендации на амбулаторном этапе иногда нарушаются.

**Цель исследования.** Проанализировать исходы госпитальных случаев ОРВИ, а также изменения клинико-лабораторных показателей у госпитализированных детей с ОРВИ в зависимости от наличия антибиотикотерапии на госпитальном этапе.

**Пациенты и методы.** Обследовано 129 детей с ОРВИ в возрасте от 1 года до 12 лет, лечившихся в 5-й детской инфекционной больнице г. Саратова. Больным проводили стандартный комплекс обследования при ОРВИ. Помимо этого, изучались лейкоцитарные индексы интоксикации по Я.Я. Кальф-Калифу и по В.К. Островскому. Пациенты были разделены на 2 группы: 39 детей (30,0%) получали антибактериальные препараты на догоспитальном этапе и 90 больных ОРВИ (70,0%) не лечились антибиотиками амбулаторно. Антибактериальная терапия назначалась в основном детям с высокой и длительной лихорадкой — в 79% случаев.

**Результаты.** Пациенты 1-й группы, начавшие амбулаторно курс антибактериальной терапии, поступали в стационар на 4-е [6; 7] сут от начала заболевания, а дети из 2-й группы — на 3-и [1; 4] сут ( $p < 0,05$ , критерий Манна – Уитни) независимо от их возраста ( $p > 0,05$ , критерий Манна – Уитни). У обследуемых при поступлении были выявлены различные уровни лейкоцитов: у детей 1-й группы —  $8,4 [6,4; 11,4] \times 10^9/\text{л}$ , у пациентов 2-й группы —  $10,8 [7,7; 14,6] \times 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,05$ , критерий Манна – Уитни). Доля нейтрофилов в 1-й группе была ниже 45 [35; 60]%, чем во 2-й — 61 [43; 72]%, а доля лимфоцитов, наоборот, была выше в 1-й группе — 43 [28; 54] % по сравнению со 2-й группой детей — 28 [18; 45] % ( $p < 0,05$ , критерий Манна – Уитни). Индексы интоксикации по Я.Я. Кальф-Калифу и В.К. Островскому были ниже у детей 1-й группы и составили 0,5 [0,2; 1,1] и 1,0 [0,7; 1,6] по сравнению с показателями пациентов 2-й группы 0,8 [0,3; 2,1] и 1,8 [0,7; 3,2] ( $p < 0,05$ , критерий Манна – Уитни). Частота бактериальных пневмоний была выше у детей при раннем старте антибактериальной терапии ОРВИ и составила 36%, по сравнению с группой больных, не получавших антибиотики амбулаторно, — 14% ( $p < 0,05$ , точный критерий Фишера).

**Заключение.** Снижение индексов интоксикации, количества лейкоцитов и нейтрофилов у детей, получающих антибактериальные препараты на амбулаторном этапе, свидетельствует о нарушении фагоцитоза, появлении иммуносупрессии и предполагает возможность развития бактериальных осложнений.

## ОСОБЕННОСТИ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Малюга О.М., Скударнов Е.В., Дорохов Н.А., Медведева Е.Ю., Бердников А.П.

*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Российская Федерация*

**Актуальность.** Респираторная патология традиционно является преобладающей в детском возрасте, и педиатрам в повседневной практике приходится диагностировать пневмонии, в том числе вызванные SARS-CoV-2.

**Цель исследования.** Изучить клинико-anamnestические и рентгенологические особенности пневмонии, вызванной SARS-CoV-2, у детей.

**Пациенты и методы.** Проанализировано 60 случаев болезни детей с пневмониями, поступивших в КГБУЗ ДГКБ № 7 г. Барнаула. При поступлении проведено общеклиническое обследование, мазок на SARS-CoV-2 (ПЦР), определение антител IgM и IgG к SARS-CoV-2, рентгенография органов грудной клетки. 30 детей с пневмониями, у которых диагностирован COVID-19 и которые были переведены в ковидный госпиталь, составили 1-ю группу. 30 детей с пневмониями и отрицательным результатом ПЦР и IgM к SARS-CoV-2 составили 2-ю группу.

**Результаты.** Средний возраст детей 1-й группы составил  $10,2 \pm 1$  ( $p = 0,01$ ) год, из них мальчиков — 17 (57%), девочек — 13 (43%). Во 2-й группе средний возраст составил  $4,8 \pm 0,7$  года, мальчиков — 20 (67%), девочек — 10 (33%). В 1-й группе достоверно чаще встречался сухой кашель (73,3%), в отличие от детей 2-й группы, у которых кашель чаще был продуктивным. Лихорадка отмечалась у всех детей. Слабость и недомогание отмечались в 57 и 47% случаев в 1-й и 2-й группах соответственно. Боль в грудной клетке была характерна для детей первой группы. Потеря обоняния и вкуса выявлены только у 2 детей (6,7%) 1-й группы. Хронические заболевания отмечались у 9 детей (30%) 1-й группы и 2 детей (6,7%) 2-й группы. 56% детей 1-й группы страдали аллергическими заболеваниями. В 1-й группе сухие хрипы выслушивались у 6,7% детей, влажные хрипы — у 16,7%, ослабленное дыхание — у 30% детей. Во 2-й группе влажные хрипы аускультированы у 50% детей, ослабленное дыхание — у 6,7% детей. Правосторонняя локализация пневмонии преобладала в обеих группах, двустороннее поражение легочной ткани встречалось у 33% детей 1-й группы.

**Заключение.** Характерными жалобами детей с пневмонией, вызванной SARS-CoV-2, были лихорадка, слабость, недомогание, сухой кашель, боль в грудной клетке. Отягощенный фон в виде аллергических заболеваний предрасполагает к развитию пневмонии, вызванной SARS-CoV-2. При пневмонии у детей с COVID-19 характерна скудная аускультативная картина. Рентгенологической особенностью пневмонии, вызванной SARS-CoV-2, является большой объем поражения легочной ткани, двусторонняя локализация процесса (33%).



## ЭКЗОКРИННАЯ ФУНКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Мамедова И.А., Мусаев С.Н., Мамедова С.Н.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика*

**Актуальность.** Поражение поджелудочной железы (ПЖ) при системной красной волчанке (СКВ) — это тяжелая патология, трудно поддающаяся лечению. Одним из основных механизмов развития панкреатитов является активация панкреатических энзимов, что приводит к отеку, а в дальнейшем — к склерозированию и фиброзированию железы с развитием экзо- и эндокринной недостаточности. В оценке внешнесекреторной (экзокринной) функции ПЖ важное значение имеет определение активности панкреатической эластазы кала (ПЭК).

**Цель исследования.** Изучение внешнесекреторной функции ПЖ при СКВ у детей.

**Пациенты и методы.** Были обследованы 26 детей с СКВ (основная группа) и 20 здоровых детей (контрольная группа). Средний возраст детей с СКВ составил  $12,4 \pm 0,3$  года, здоровых детей —  $12,0 \pm 0,3$  года. У 6 больных (23,1%) отмечалось острое течение заболевания, у 13 (50%) — подострое, у 7 (26,9%) — хроническое течение. Диагноз СКВ основывался на совокупности характерных клинико-лабораторных признаков. ПЭ 1 определяется методом иммуноферментного анализа (ИФА) с применением моноклональных антител (Elastaseandstooltest, SheVoBiotech, Германия).

**Результаты.** Анализ копрограммы выявил у детей основной группы изменения в виде креатореи (50%), амилореи (43,4%), стеатореи (10,8%). При остром течении болезни креаторея ( $p < 0,05$ ) и амепорея ( $p < 0,01$ ) встречалась достоверно чаще. У пациентов при подостром течении СКВ чаще наблюдалась стеаторея ( $p < 0,05$ ). Амилорея и стеаторея чаще ( $p < 0,01$ ) отмечались у детей с хроническим течением болезни. Характеристика результатов фекального эластазного теста показала, что он не зависит от возраста обследуемых детей, но зависит от степени тяжести течения болезни ( $p < 0,05$ ). Так, при легкой степени тяжести уровень фекальной эластазы 200 мгк/г, при среднетяжелой — 200–100 мгк/г, при тяжелой — ниже 100 мгк/г, что указывает на резкое снижение внешнесекреторной функции ПЖ. Уровень ПЭ 1 кала у детей основной группы достоверно ниже по сравнению с детьми контрольной группы ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Фекально-эластазный тест является неинвазивным, что приемлемо для педиатрической практики. Копрологическое исследование и определение уровня ПЭ 1 кала позволили выявить нарушение экзокринной функции ПЖ у детей с СКВ. Своевременная коррекция патологических сдвигов может улучшить функциональное состояние ПЖ у больных СКВ.

## ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Мамедова С.Н., Мусаев С.Н.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика*

**Актуальность.** Проблема ранней диагностики и раннего начала лечения ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) является одной из актуальных проблем ревматологии. При появлении начальных симптомов первое обращение родителей обычно бывает к участковому врачу. От умения врача провести дифференциальную диагностику и вовремя направить больного к ревматологу зависит прогноз заболевания.

**Цель исследования.** Анализ историй болезни пациентов с клиническим диагнозом «ювенильный ревматоидный артрит».

**Пациенты и методы.** Изучены истории болезни 45 пациентов с диагнозом ЮРА. Возраст больных — от 5 до 17 лет. Из них девочек — 27, мальчиков — 18. Окончательный диагноз был поставлен на основании анамнеза, клинических и лабораторных данных, инструментальных методов обследования (ультразвуковое исследование, ЭКГ, рентгенография суставов).

**Результаты.** При ретроспективном анализе 45 историй болезни пациентов с ЮРА было установлено, что в 9 случаях диагноз направившего медицинского учреждения не совпадает с окончательным. Средний период между появлением первых симптомов заболевания и установлением данного диагноза составил от 8 до 12 мес. Из 9 больных 5 имели отягощенный анамнез по ревматическим заболеваниям (острая ревматическая лихорадка, ревматоидный артрит, коллагенозы). У 2 больных первыми симптомами болезни были жалобы на повышение температуры тела до 38–40 °С, высыпания на коже, усиливающиеся на высоте лихорадки, слабость, плохое самочувствие, боли в мышцах. У 7 пациентов начальными проявлениями заболевания явились боль и припухлость в суставах. Острое начало заболевания (развитие симптомов в течение 7–8 дней) было отмечено у 6, постепенное — у 3 больных. У 4 детей в начале заболевания наблюдалось моноартикулярное, у 3 — олигоартикулярное и лишь у одного — полиартикулярное поражение суставов. У 5 детей на фоне высокой воспалительной активности суставный синдром сопровождался наличием боли различной интенсивности, ограничением подвижности, выраженным отеком периартикулярных тканей, местной гипертермией. Утренняя скованность отсутствовала у 5 детей. В начальной стадии изменений на рентгенограмме не было у 2 больных, у 7 отмечен умеренно выраженный эпифизарный остеопороз без разрушения кости и хряща (I рентгенологическая стадия). Ревматоидный фактор был серонегативный у 7 и серопозитивный — у 2 пациентов. Внесуставные проявления ЮРА наблюдалось у 6 больных.

**Заключение.** Полученные результаты подтверждают трудность ранней диагностики ЮРА. Причинами диагностических ошибок являлись недостаточно полно собранный анамнез, неправильная интерпретация данных лабораторно-инструментального исследования, недостаточная осведомленность врачей первичного звена о данном заболевании. Надо помнить, что прогноз ЮРА во многом зависит от ранней постановки диагноза и незамедлительного назначения адекватной терапии.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С ГИПЕРМОБИЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Мамедова Ф.М., Гидаятова Л.А., Таги-заде Т.Г., Гаджиева У.К.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика*

**Актуальность.** Около 30% детей, переболевших COVID-19, сталкиваются с постковидным синдромом, проявления которого сохраняются 4–12 нед. Наибольшую обеспокоенность в этом аспекте вызывают дети, имеющие неблагоприятные фоновые состояния, к которым можно отнести гипермобильный синдром (ГС).

**Цель исследования.** Изучение особенностей постковидной симптоматики у детей с ГС на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ).

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находились 38 детей в возрасте 6–17 лет с ГС на фоне НДСТ, перенесших COVID-19. Диагноз ГС был установлен согласно критериям Brighton, 1998. Коронавирусная инфекция SARS-CoV-2 была подтверждена на основе результатов полимеразной цепной реакции, а также клинично-anamnestических данных. У детей оценивались жалобы и симптоматика, характерная для постковидного синдрома, спустя 12 нед после установления диагноза COVID-19.

**Результаты.** Постковидный синдром выявлялся у 35 (92,1%) детей с ГС, перенесших COVID-19. Среди них у 82,9% отмечались жалобы на утомляемость и слабость, у 68,6% — на нарушения сна, у 80% — на головные боли, у 48,6% — на головокружения. 54,3% переболевших жаловались на снижение восприятия учебного материала, а у части детей впервые появились признаки гипервентиляционного синдрома (25,7%) и панические атаки (17,1%). У пациентов сохранялись некоторые характерные симптомы COVID-19 даже по прошествии 12 нед после заболевания (гипо-, дис- и агевзия — у 14,3%, гипо- и аносмия — у 28,6%, сухой навязчивый кашель — у 31,4% переболевших). У 20% детей даже при бессимптомном и малосимптомном течении инфекции после перенесенного COVID-19 наблюдались частые ОРВИ (более 3 раз за 12 нед). Родители 5,7% детей указали на впервые проявившуюся аллергию в виде кожных высыпаний после пищевых погрешностей (до коронавирусной инфекции подобных симптомов не наблюдалось), у 25,7% детей отмечалась потеря массы тела более 10–15%. Характерные для ГС боли в суставах усилились у 85,7%, а дорсальные боли — у 34,3% детей. Интересно, что данные изменения в основном встречались в сочетании с выраженными постковидными психопатологическими расстройствами.

**Заключение.** Таким образом, у детей с ГС на фоне НДСТ, перенесших COVID-19, даже по прошествии 12 нед сохраняются типичные для постковидного синдрома жалобы и клинические проявления с преобладанием болевых (головные, суставные, дорсальные боли) и астеновегетативных симптомов. Данное состояние характерно для НДСТ и вне инфекционных заболеваний, однако на фоне перенесенной коронавирусной инфекции они усилились и приобрели длительный, торпидный характер, усугубляя течение постковидного синдрома.



## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Мамчиц Л.П., Шлянина Д.В., Боярская А.Ю.

*Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Появление инфекции COVID-19 относится к факторам, которые могут привести к расстройству психического здоровья. Особой группой с риском ухудшения психоэмоционального состояния являются студенты медицинских вузов, что связано со спецификой практического обучения на клинических базах, в том числе перепрофилированных для оказания помощи пациентам с COVID-19.

**Цель исследования.** Изучить влияние особенностей организации учебной деятельности студентов в условиях пандемии COVID-19 на психоэмоциональное и функциональное состояние организма.

**Пациенты и методы.** Объект исследования: студенты Гомельского государственного медицинского университета (58% девушек и 42% юношей). Анализу подлежали данные анкетирования студентов (обработано 316 анкет), соматометрических, соматоскопических и физиометрических исследований. Для оценки типа эмоциональной реакции использована методика диагностики В.В. Бойко. Статистический анализ проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения StatSoft Statistica 10.0 (USA), уровень значимости определяли при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Болеющие острыми респираторными инфекциями (ОРИ) 2–3 раза в течение года достоверно чаще опасались заболеть COVID-19, чем не болеющие (соответственно 28,4 и 9,4%). Девушки более чем в 2 раза чаще юношей опасались заболеть COVID-19 (соответственно 30,6 и 11,1%). Переживания, страхи от новостей, негативная оценка ежедневных событий, ощущение растерянности чаще наблюдались у девушек, а также у студентов, которые переболели коронавирусной инфекцией (34,1 и 23,3%). Большинство студентов отмечали появившиеся сильные боли в шейном и спинном отделах позвоночника, возникшие из-за недостатка физической активности, так как студенты в связи с введением карантинных мер (сокращение занятий, отмена лекций в офлайн-формате и др.) стали проводить больше времени дома за компьютерами. Результаты оценки типа эмоциональной реакции показали, что у 17,3% установлено состояние легкой депрессии ситуативного или невротического генеза, у 82,7% диагностировано состояние без депрессии. У опрошенных преобладали эйфорический и рефрактерный типы реагирования на внешние стимулы (соответственно 44 и 45,7%). Среди студентов младших курсов преобладал рефрактерный тип реагирования (61%), среди студентов старших курсов преобладал эйфорический тип реагирования (39%).

**Заключение.** Раннее выявление симптомов эмоционального выгорания и дезадаптации психических процессов важно для оказания своевременной, качественной психологической помощи студентам — помочь справиться со своими переживаниями, провести профилактику возникновения срыва адаптационных систем организма. Необходимо поддерживать связь с социальным психологом учебного заведения, акцентировать внимание на формировании умений активного влияния на стрессовые ситуации, повышении самоконтроля и регуляции собственной активности, что в будущем необходимо в профессиональной среде.

## **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БЮДЖЕТА ВРЕМЕНИ И КОМПОНЕНТОВ РЕЖИМА ДНЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ**

**Мамчиц Л.П., Лапицкая М.Ю.**

*Гомельский государственный медицинский университет, Гомель,  
Республика Беларусь*

**Актуальность.** Важной частью образовательного процесса является организация режима дня школьника, рациональное распределение учебной и внеучебной нагрузки. Несмотря на многочисленные исследования, систематизированных сведений о соблюдении режима дня старшеклассниками недостаточно, что и обусловило проведение данной работы.

**Цель исследования.** Гигиеническая оценка бюджета времени и компонентов режима дня, влияния учебной нагрузки на функциональное состояние и работоспособность школьников старших классов учреждений образования, обоснование рекомендаций по соблюдению оптимального режима дня.

**Пациенты и методы.** Объект исследования: 212 старшеклассников, обучающихся в 10–11-х классах государственных учреждений среднего образования г. Гомеля. Анализу подлежали результаты анкетирования и тестирования по определению влияния учебной нагрузки на функциональное состояние и работоспособность; статистический анализ и оценка данных с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel 2010 и Statistica 6,0.

**Результаты.** 212 школьников 10–11 классов государственных учреждений среднего образования г. Гомеля были проанкетированы для определения влияния учебной нагрузки на функциональное состояние и работоспособность. Статистическая оценка осуществлена с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel 2010 и Statistica 6,0.

**Заключение.** Гигиенически нерациональный режим дня имеют 80,6% опрошенных подростков. Наиболее часто встречаемыми нарушениями режима дня современных старшеклассников являются нарушение режима сна — 60,7%; учебной деятельности (продолжительность школьных и внешкольных учебных занятий достигают 12 ч в день) — 13,2%; двигательной активности — около 80%. 67% респондентов отметили, что имеют недостаточный уровень знаний о рациональном режиме дня, 71% учащихся хотели бы получить дополнительную информацию по данному вопросу.

## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ С ВРОЖДЕННОЙ АНИРИДИЕЙ У ДЕТЕЙ

Маркова Е.Ю., Полянская Е.Г., Шолохова В.Р., Краснова Е.О.

ФГАУ НМИЦ «МНТК „Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова»  
Минздрава России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Врожденная аниридия — аномалия развития с поражением органа зрения. Патология хрусталика встречается у детей с аниридией более чем в 70% случаев, и лечение сопряжено с риском осложнений, что определило целесообразность проведения данного анализа.

**Цель исследования.** Оценить результаты хирургического лечения катаракты у детей с аниридией.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находились 4 пациента. При проведении обследования у 1 пациента выявлены микрофтальм, микрокорнеа, иридокорнеальные сращения, частичная аниридия, катаракта. Учитывая выраженность микрофтальма, во избежание осложнений пациенту проведена факоаспирация без имплантации ИОЛ. У 3 детей морфологически выявлена заднеполярная катаракта, полная аниридия, явления кератопатии, без признаков прогрессирования. Данным пациентам выполнена факоаспирация с имплантацией ИОЛ.

**Результаты.** Во всех случаях ранний послеоперационный период протекал без осложнений, при проведении биомикроскопии было отмечено центральное положение ИОЛ. Сферический эквивалент рефракции составил  $1,5 \pm 0,15$  D при данных биометрии  $20,81 \pm 0,64$  мм. В динамике до 1 года не отмечено изменений рефракции по сферозэквиваленту и появления миопизации на фоне фиброзирования капсульного мешка.

Острота зрения в раннем послеоперационном периоде составила  $0,4 \pm 0,1$ , в динамике отмечалось повышение зрения на фоне плеоптического лечения до 0,6. При проведении ОКТ у всех прооперированных пациентов отмечено правильное центральное положение ИОЛ на всех сроках наблюдения. При оценке состояния офтальмотонуса отклонений не выявлено.

**Заключение.** Проведение неосложненной факоаспирации катаракты в ранние сроки особенно важно у детей, учитывая формирование зрительного анализатора. Объем хирургического лечения зависит от исходного состояния переднего отрезка глазного яблока. Учитывая сочетанную патологию переднего сегмента глаза, послеоперационный период должен включать проведение контроля гидродинамики глаза и состояния роговицы, а также обязательную коррекцию аномалий рефракции с последующей функциональной реабилитацией пациентов.





## ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО НИСТАГМА ПРИ ГЛАЗОКОЖНОМ АЛЬБИНИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Маркова Е.Ю., Полянская Е.Г., Краснова Е.О., Шолохова В.Р.

ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова»  
Минздрава России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** При глазокожном альбинизме клинические проявления включают нистагм, чаще горизонтальный, маятникообразный, гипопигментацию радужки и другие нарушения. Наличие нистагма требует комплексного обследования с дальнейшим хирургическим этапом лечения.

**Цель исследования.** Оценить эффективность хирургического лечения нистагма при глазокожном альбинизме.

**Пациенты и методы.** Хирургическое лечение проведено 9 пациентам (18 глаз) в возрасте от 8 мес до 5 лет. В зависимости от возраста проводились общепринятые обследования, а также определение выраженности нистагма, конвергенции, аккомодации, наличия вынужденного положения головы. После проведения обследования всем пациентам проведено хирургическое лечение методом наложения фиксирующих швов на горизонтальные прямые мышцы. Послеоперационная реабилитация включала в себя проведение функционального лечения.

**Результаты.** В раннем послеоперационном периоде осложнений не выявлено. В результате проведенного хирургического лечения у всех пациентов отмечено уменьшение амплитуды нистагма, появление центральной фиксации. При исследовании зрительных функций отмечено увеличение остроты зрения вблизи и вдаль у 2 детей. Уменьшение вынужденного положения головы наблюдалось у 5 пациентов. Выявлена корреляция между результатом лечения и возрастом пациентов, у пациентов младшей возрастной группы (до 3 лет) в большей степени отмечено уменьшение нистагмоидного движения глаз и стабилизация правильного положения глаз, центральной фиксации на весь период наблюдения. Уменьшение амплитуды движения глаз зависело от степени амблиопии и аккомодационных нарушений.

**Заключение.** Проведение метода наложения фиксирующих швов на горизонтальные прямые мышцы способствует уменьшению амплитуды движений, улучшению центральной фиксации глаза, что приводит к стабилизации зрительных функций. С целью создания максимальных условий для развития зрительного потенциала и повышения качества жизни пациентов целесообразно проводить хирургический этап лечения в более раннем возрасте.

## ФАКТОРЫ РИСКА И ТЕЧЕНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Марталог П.Н., Пырцу Л.Я., Ченуша Ф.В., Романчук Л.В., Ротарь А.В.

*Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, Департамент педиатрии, Кишинев, Республика Молдова*

**Актуальность.** Острый гломерулонефрит (ОГН) остается актуальной проблемой педиатрии, его диагностика представляет определенные трудности, что обусловлено патоморфозом данного заболевания.

**Цель исследования.** Изучить роль и влияние факторов риска на развитие, особенности и характер течения, исход ОГН у детей в зависимости от возраста.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находились 52 больных ребенка в возрасте 5–17 лет (средний возраст — 9,15 лет) с ОГН, проявлявшимся нефритическим синдромом. Диагноз ОГН верифицировался на основании анамнеза, выявления ренальных симптомов (гематурия, протеинурия, олигурия) и экстраренальных (отеки и артериальная гипертензия), комплекса клинических, биохимических, иммунологических, инструментальных исследований, исследования функционального состояния почек.

**Результаты.** У большинства детей с ОГН имелись отягощающие факторы риска: отягощенная по почечной патологии наследственность, патологические изменения в анализах мочи до развития ОГН, хронические очаги инфекции, гельминтозы. Развитию ОГН предшествовала инфекции дыхательных путей (ангина, отит, пневмония) в 79% случаев, у 7 (13,5%) детей выявлена стрептодермия. Начало заболевания было острым, однако только у 1/3 больных в первые дни отмечались характерные для нефритического синдрома симптомы. Поводом для обращения к врачу чаще было появление отеков, нарушение диуреза, изменение цвета мочи. Мочевой синдром проявлялся протеинурией, эритроцитурией. Макрогематурия имела место у 25 (78%) детей, сохранялась 1–7 дней. Микрогематурия была доминирующим симптомом на протяжении болезни. Протеинурия до 0,5–1,0 г/сут отмечалась у 2/3 больных, у остальных детей суточная потеря белка была больше 1,0 г/сут, чаще у детей дошкольного возраста. Отеки наблюдались у всех больных детей, однако выраженные отеки были только у 32% детей, длительность отеков — до 8–12 дней. Артериальная гипертензия (АГ) отмечалась у 31,5% больных, как правило, АГ проявляется с первых дней болезни, достигала в среднем  $139,5 \pm 1,3$  мм рт. ст. систолическое и  $95,5 \pm 0,91$  мм рт. ст. диастолическое, сохранялась 4–7 дней у 46%, более 8 дней — у 26% детей. Следует отметить, что тяжесть и продолжительность болезни зависели от выраженности протеинурии, отеков, наличия АГ и нарушения функций почек. Азотемия как признак нарушения функции почек отмечена у 15,5%. У детей с азотемией чаще отмечались и АГ, и выраженная олигурия, и признаки гиперкоагуляции (повышение фибриногена, протромбина). Бактериологические и серологические исследования позволили доказать стрептококковую этиологию ОГН у 34 из 52 (65%) наблюдаемых.

**Заключение.** Развитие ОГН у детей часто ассоциировано с влиянием факторов риска: отягощенная наследственность по патологии почек, хронические очаги инфекции, гельминтозы. Ведущим этиологическим фактором ОГН является стрептококковая инфекция, высока роль острой респираторной инфекции (вирусных и бактериальных) как фактора, способствующего активации латентной стрептококковой инфекции. ОГН чаще развивается в младшем школьном возрасте, дети с АГ чаще имеют и азотемию, и признаки гиперкоагуляции, часто наблюдается тубулоинтерстициальный компонент ОГН. В динамике сначала ликвидируются отеки, затем АГ и в последнюю очередь — микрогематурия.



## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ ЭКСТРЕМАЛЬНО РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Матвеева Е.А., Малышкина А.И., Филькина О.М., Харламова Н.В.

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

**Актуальность.** Благодаря прогрессу в области перинатальных технологий и улучшению выживаемости глубоко недоношенных детей, в том числе рожденных с синдромом задержки развития плода (СЗРП), актуальной представляется задача по изучению особенностей состояния их здоровья.

**Цель исследования.** Изучить состояние здоровья детей, родившихся от экстремально ранних преждевременных родов с синдромом задержки развития плода, в раннем возрасте.

**Пациенты и методы.** Было выполнено проспективное исследование по изучению состояния здоровья в раннем возрасте 161 ребенка, родившегося от экстремально ранних преждевременных родов: 53 ребенка с СЗРП (основная группа) и 95 детей, соответствующих по своим массо-ростовым показателям гестационному возрасту (контрольная группа). Проводились выкопировка данных из первичной медицинской документации, клиническое исследование, оценка физического и нервно-психического развития детей.

**Результаты.** Выявлено, что 32,92% детей, родившихся от экстремально ранних преждевременных родов, имели задержку внутриутробного развития (ЗВУР). Чаще у них выявлялся симметричный тип ЗВУР (19,25%), у 2,48% диагностирован ассиметричный тип, у 11,18% детей — отставание роста при нормальных значениях веса. В неонатальном периоде у детей основной группы по сравнению с детьми контрольной группы чаще диагностировались ретинопатия недоношенных (67,92 и 49,47%,  $p = 0,04597$ ), бронхолегочная дисплазия (79,24 и 40%,  $p = 0,00001$ ) и некротизирующий энтероколит (28,3 и 7,37%,  $p = 0,0014$ ). В раннем возрасте у 34,4% детей основной группы и у 30,8% детей контрольной группы установлена инвалидность. У детей основной группы частота установления инвалидности, обусловленной ретинопатией недоношенных, выше по сравнению с детьми контрольной группы (21,88 и 4,6%,  $p = 0,02301$ ). В раннем возрасте у детей основной группы масса тела и индекс массы тела были достоверно меньше по сравнению с детьми контрольной группы, а показатели роста достоверно не отличались. Нормальное физическое развитие определялось у 57,6% основной группы и у 72,73% контрольной группы. Задержка нервно-психического развития выявлена у 43,1% детей основной группы и у 38,1% детей контрольной группы.

**Заключение.** Заболеваемость детей, родившихся от экстремально ранних преждевременных родов с СЗРП, в неонатальном периоде характеризуется более высокой частотой ретинопатии недоношенных, бронхолегочной дисплазии и некротизирующего энтероколита. В раннем возрасте у данной категории пациентов чаще устанавливается инвалидность, обусловленная ретинопатией недоношенных. Физическое и нервно-психическое развитие детей, родившихся с СЗРП, характеризуется высоким процентом отклонений.

## ЕСТЬ ЛИ СМЫСЛ ВАКЦИНИРОВАТЬСЯ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИОД НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ?

**Матвеева М.А., Малюгина Т.Н., Сердюков А.Ю., Чудакова Т.К.,  
Малинина Н.В.**

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

**Актуальность.** Пневмококковая инфекция (ПИ) — частая причина развития осложненных пневмоний (40%), синусита (55%), отита (60%) и пневмококкового менингита (20%). Вакцинация — единственный способ, который может существенно повлиять на детскую заболеваемость и смертность от пневмококковых инфекций.

**Цель исследования.** Оценить заболеваемость детей острыми инфекционными заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей в зависимости от наличия и количества проведенных вакцинаций против ПИ в период новой коронавирусной инфекции COVID-19.

**Пациенты и методы.** Анализ 92 форм № 112 ГУЗ «Саратовская городская детская поликлиника № 8». 4 группы: 1-я — 20 (21,7%) детей, привитых по полной схеме, 2-я — 19 (20,7%) детей, получивших двукратную первичную вакцинацию, без ревакцинации. 3-я группа — 17 человек (18,5%) с однократной вакцинацией. 4-ю группу составили 36 невакцинированных детей (39,1%). И 3632 историй болезни ГУЗ «Саратовская детская инфекционная клиническая больница № 5» с острыми респираторными инфекциями (ОРИ) верхних и нижних дыхательных путей, из них 580 — с COVID-19.

**Результаты.** При анализе данных невакцинированных детей достоверно отмечается высокая инфекционная заболеваемость: назофарингит — 6,63 случая на одного ребенка в год, тонзиллофарингит — 2,1; аденоидит — 0,9; острый бронхит — 1,75; пневмонии — 0,3; отит — 0,8. У детей, вакцинированных полным курсом вакциной против ПИ, регистрируется достоверное снижение заболеваемости бактериальными инфекциями: назофарингит — 0,15 случая на одного ребенка в год, тонзиллофарингит — 0; аденоидит — 0; острый бронхит — 0; пневмонии — 0; отит — 0. При исследовании мокроты у 412 больных с COVID-19, внебольничной пневмонией (из них 17 детей и 395 взрослых) пневмококк был обнаружен у 152 (36,9%) пациентов, которые не получили вакцинацию против пневмококковой инфекции. Таким образом, отмечено достоверное снижение частоты бактериальных осложнений, вызванных пневмококком, у больных с коронавирусной инфекцией. Полученные данные отражают выраженную эффективность вакцинации от ПИ. У детей, с V1, 2 и RV бактериальные осложнения развиваются реже, чем у привитых частично (V1 и V1, 2), и значительно реже, чем у пациентов без вакцинации.

**Заключение.** 1. Полный курс вакцинации против ПИ приводит к снижению заболеваемости ОРИ верхних дыхательных путей (назофарингиты, тонзиллофарингиты, аденоидиты) и нижних дыхательных путей (внебольничные пневмонии, бронхиты). 2. Наибольшая эффективность вакцинации от ПИ достигается при проведении полного прививочного курса. 3. При COVID-19 отмечается достоверное снижение частоты развития бактериальных осложнений, вызванных пневмококком, у вакцинированных детей по сравнению со взрослыми, не вакцинированными против ПИ.

## ИММУНИТЕТ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Махкамова Г.Т.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

**Актуальность.** Пневмококковая пневмония является одной из распространенных инфекций среди детей, ежегодно смертность от данной патологии колеблется от 5 до 7%, и 18–72% детей являются носителями (Berical A.C. et al., 2016). *Streptococcus pneumoniae* (SP) является ведущей причиной заболеваний слизистых оболочек (среднего отита, синусита), пневмонии и инвазивных инфекций (менингита и бактериемии) со значительной заболеваемостью и смертностью во всем мире, включая проблему общественного здравоохранения.

**Цель исследования.** Изучить особенности клеточного иммунитета у детей раннего возраста при внебольничной пневмококковой пневмонии.

**Пациенты и методы.** Были обследованы 18 детей от 6 мес до 2 лет с внебольничной острой пневмонией, получавшие лечение в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института. Методы исследования: рутинные общеклинические исследования, бак. посев и ПЦР-тестирование мазка из ротоглотки. Иммунологические исследования: В- и Т-лимфоцитов (CD3, CD4 и CD8), индекс CD4/CD8, а также IgA, IgM, IgG крови. В контрольную группу (n = 22) вошли дети, проходящие реабилитационное лечение, не связанное с воспалительными заболеваниями.

**Результаты.** SP считается основной причиной внебольничной пневмонии во всех возрастных группах и географических регионах мира. Иммунологические анализы обследуемым пациентам проведены в день поступления в стационар и в динамике. Как показали наши исследования, у детей с внебольничной пневмококковой пневмонией отмечается достоверное снижение уровня CD3- и CD4-лимфоцитов по отношению к возрастным показателям. В частности, уровень CD3 (Т-лимфоцитов) составил в день поступления пациентов в среднем  $1,26 \pm 0,778 \times 10^9/\text{л}$ , что в среднем на 37,8% ниже контрольной группы ( $p \leq 0,05$ ). Уровень CD4 (Т-хелперы) в среднем составил  $0,73 \pm 0,082 \times 10^9/\text{л}$  и по отношению к контрольной группе ниже в среднем 29,1% ( $p \leq 0,05$ ).

При этом уровень иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 был ниже в 1,1 раза по отношению к показателям контрольной группы детей. Как показали наши исследования, при пневмококковой пневмонии у детей раннего возраста отмечается иммуносупрессия в виде снижения IgA, IgG, и относительного количества CD8-лимфоцитов. В ходе клинического обследования данных детей были также выявлены функциональное нарушение пищеварения — 66,7% (n = 12 из 18), бактериальный стоматит — 38,9% (n = 7 из 18), острый отит — 16,7% (n = 3 из 18). Все дети получили соответствующее лечение.

**Заключение.** Полученные данные показывают, что у детей раннего возраста с внебольничной пневмококковой пневмонией отмечается выраженная иммуносупрессия в виде снижения показателей CD3 (Т-лимфоцитов), CD4 (Т-хелперов) и CD8 (Т-цитотоксических лимфоцитов), что создает предпосылку к развитию сочетанного инфекционного процесса. Данное состояние следует учитывать при выборе медикаментозного лечения данных пациентов.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ КАК ПОДХОД К ОЦЕНКЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мачнева И.В., Лебедева Е.Н., Карнаухова И.В., Азарова Е.В., Вялкова А.А.

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

**Актуальность.** Грудное молоко необходимо рассматривать как биологическую систему, которая пересекается и взаимодействует с множеством внутренних (физиология материнского организма) и внешних (диета, окружающая среда) факторов, оказывающую большое влияние на организм ребенка.

**Цель исследования.** Определение содержания цинка и меди в грудном молоке женщин Оренбургской области.

**Пациенты и методы.** В исследовании участвовала 51 женщина из числа постоянно проживающих на территории Оренбургской области. Средний возраст составил  $26,3 \pm 0,65$  года. Все женщины получали витаминно-минеральные комплексы, включающие данные микроэлементы. Для анализа использовалась утренняя порция молока. Количественное определение микроэлементов было проведено методом атомно-адсорбционного анализа на спектрометре «Квант-2А», пробоподготовку осуществляли методом сухого озоления.

**Результаты.** Среднее содержание цинка в исследуемых образцах молока составило  $3,57 \pm 1,66$  мг/л при максимуме 6,3 мг/л и минимуме 0,73 мг/л. Высокая вариабельность концентрации цинка в молоке отмечается многими авторами. Среднее содержание меди в грудном молоке испытуемых находилось в пределах  $0,46 \pm 0,18$  мг/л при максимуме 0,9 мг/л и минимуме 0,2 мг/л.

В нашем исследовании были получены данные о высокой степени корреляции между данными микроэлементами (коэффициент ранговой корреляции составил 0,631). В литературных данных указано, что содержание микроэлементов в грудном молоке зависит от региона проживания и особенностей диеты матери; имеются данные, что в случае недостаточного поступления микроэлементов с пищей существенного изменения их концентрации в грудном молоке не наблюдается. Поскольку определение микроэлементов в грудном молоке женщин Оренбургской области ранее не проводилось, и нами впервые получены такие данные, не имеется возможности провести их сравнительную оценку. Сравнительная оценка возможна только с результатами аналогичных исследований в других регионах.

**Заключение.** Изучение микроэлементного статуса представляет большой интерес, так как указанные микроэлементы (медь и цинк) относятся к эссенциальным и имеют основополагающее значение для здорового развития (в том числе и мозга), а дефицит их в раннем возрасте может оказать существенное влияние на когнитивные функции. Анализ микронутриентного статуса сопряжен со значительными трудностями ввиду высокой вариабельности показателей и их зависимости от внешнесредовых факторов. Наши результаты показали необходимость широких популяционных исследований в данном направлении.



## TRIGGER FACTORS AND COMORBID CONDITIONS IN ACUTE URTICARIA IN CHILDREN

Milici Rodica, Stasii Ecaterina, Gorelco Tatiana

*The State Medical and Pharmaceutical University after Nicolae Testemitanu,  
Chisinau, Republic of Moldova*

**Background.** One of the current problem of medicine in general and in clinical allergy is becoming urticaria, the incidence of which has been rapidly increasing in recent years. The incidence of urticaria reaches 5% in young children, and 3% in older children. The high frequency of occurrence of urticaria, as well as the variety of causative factors, various pathogenic mechanisms and different peculiarities of therapy make it possible to attribute urticaria to the category of important problems of modern medicine.

**Objective.** To study of the influence of trigger factors and comorbidities on the clinical course of urticaria in children of different ages.

**Patients and Methods.** The survey included 215 children with urticaria aged 3 months to 18 years who were hospitalized in the allergy department of the Institute of Maternal and Child Health in the period 2018–2021. To identify comorbid conditions, special questionnaires were filled out, which reflected the results of collecting data on the history of development and allergic history, as well as the results of using a complex of laboratory and instrumental studies. The etiological structure was confirmed using methods for analyzing the results of elimination samples, identifying specific IgE antibodies.

**Results.** Depending on age, the patients were divided into 4 groups. Group I included 18 children under the age of 1 year; in II — 82 patients aged 1 to 4 years; in III — 94 children aged 5–13 years and group IV included 21 children aged 14 to 18 years. 44% were girls and 56%, respectively, boys. It was found that the occurrence of an acute allergic reaction was associated with food sensitization in 55.5%, with increased sensitization to drugs in 28.5% (antibiotics, antipyretics). Specific IgE antibodies were found more often to citrus fruits, food additives, chocolate, raspberries, strawberries, peaches, honey, watermelon, melon and less often to fish, milk, eggs. In 20% of children, the etiological factor was not identified. Comorbid conditions were detected in 84% of cases, among which pathology of the gastroduodenal system, functional disorders of the hepatobiliary system and pancreas, acute respiratory viral infections, neurological pathology prevailed. Parasitic diseases were found in 33% of patients (intestinal giardiasis in 32 patients, campylobacteriosis in 25, ascariasis in 16, toxocariasis in 9 patients).

**Conclusion.** The identified features of the etiological structure and comorbid conditions in acute urticaria largely depend on the age of the children. Food sensitization prevails in the group of patients of early age. With age, there is an increase in cases of polyvalent sensitization and comorbid conditions. The most severe course of acute urticaria was noted in the group of patients with clinical manifestations of chronic gastroduodenitis with campylobacteriosis and parasitic diseases. It has been proven that comorbid conditions affect the clinical course and the effectiveness of the treatment of acute urticaria in childhood.

## СЛУЧАЙ ПРОПИОНОВОЙ АЦИДЕМИИ У РЕБЕНКА 3 МЕСЯЦЕВ

Мингаирова А.Г.<sup>1</sup>, Павлинова Е.Б.<sup>1</sup>, Вологжанина Е.В.<sup>2</sup>, Глущенко Е.А.<sup>2</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

**Актуальность.** Пропионовая ацидемия (ацидурия) — редкое наследственное заболевание с высокой летальностью, обусловленное дефицитом пропионил-КоА-карбоксилазы, приводящее к нарушению метаболизма ряда аминокислот, жирных кислот с нечетным числом атомов углерода и холестерина. Своевременная диагностика и назначение диетотерапии позволяют предотвратить развитие жизнеугрожающих состояний (метаболических кризов).

**Цель исследования.** Представить случай пропионовой ацидемии у ребенка 3 мес.

**Пациенты и методы.** Мальчик, 3 мес, поступил в приемное отделение с жалобами на значительную вялость, сонливость, снижение аппетита, медленное глотание. Ребенок от 3-й беременности, протекавшей на фоне антифосфолипидного синдрома, роды 1-е, в сроке 37 нед путем кесарева сечения, оценка по шкале APGAR — 7/7 баллов. При поступлении состояние тяжелое за счет диффузного снижения мышечного тонуса, слабой двигательной активности. Отмечалась одутловатость лица, сонливость. Ребенок не удерживал голову, кратковременно открывал глаза, менингеальных знаков не было,  $t$  36,4 °C, SpO<sub>2</sub> — 98%, непостоянный горизонтальный нистагм, трудности при глотании. Масса тела — 8200 г, рост — 68 см. Кожа, видимые слизистые оболочки чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание проводилось симметрично, пуэрильное, ЧД — 36/мин. Ритм сердечных сокращений правильный, тоны ясные, ЧСС — 130–145 уд./мин, АД — 98/45 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. На следующий день был переведен в реанимационное отделение в связи с нарастающей вялостью, отказом от еды, поперхиванием, тремором в конечностях. За время наблюдения отмечалось угнетение сознания, судороги, рвота, что потребовало исключения нейроинфекции. Проведено комплексное лабораторно-инструментальное обследование. В крови отмечались анемия, лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения, в моче — ацетон, показатели спинномозговой жидкости были в норме. При исследовании газового состава крови регистрировался респираторный алкалоз. МРТ головного мозга — оболочечная гигрома до 3 мм в переднелатеральных отделах левого полушария, умеренное расширение ликворных пространств. Проводилась антибактериальная, гормональная, противосудорожная, метаболическая, инфузионная терапия.

**Результаты.** Для уточнения диагноза проведена тандемная масс-спектрометрия, по результатам которой обнаружено повышение концентрации глицина, пропионилкарнитина в крови, а также 3-гидроксипропионовой, 3-гидроксивалериановой и метиллимонной кислот в моче. На основании полученных данных был выставлен диагноз «пропионовая ацидемия», который впоследствии был подтвержден генетически. На фоне лечения отмечалась положительная клиническая динамика. Ребенок выписан с улучшением на специализированной молочной смеси без патогенетически значимых аминокислот, метаболической терапии, направленной на профилактику и коррекцию гипераммониемии. Амбулаторно обеспечен портативным аппаратом для определения уровня аммония в крови.

**Заключение.** Данный клинический пример демонстрирует, что пропионовая ацидемия требует дифференциальной диагностики с другими нарушениями обмена веществ, гипоксическим поражением нервной системы, сахарным диабетом (при выявлении гипергликемии), внутриутробными инфекциями, энцефалитом. Ранняя диетотерапия и назначение метаболических средств, а также амбулаторный мониторинг уровня аммония в крови позволят предотвратить развитие метаболических кризов и улучшат прогноз пациента.

## КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-ИНФЕКЦИИ НА БАЗЕ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Мироненко И.И., Колесникова О.И., Сероклинов В.Н., Горобченко В.М.

*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Вспышка новой коронавирусной инфекции (SARS-CoV-2) определила необходимость формирования новых подходов к лечению, реабилитации и диспансерному наблюдению пациентов после перенесенного заболевания. Комплексная оценка состояния здоровья детей после перенесенного заболевания COVID-инфекцией необходима для выбора индивидуальной программы реабилитации ребенка в периоде реконвалесценции.

**Цель исследования.** Провести комплексную оценку состояния здоровья детей, перенесших новую коронавирусную инфекцию, на базе городского центра здоровья с использованием обследования на программно-аппаратном комплексе.

**Пациенты и методы.** Пациенты — дети от 3 до 16 лет, перенесшие в течение 3 мес COVID-инфекцию.

Методы: анализ жалоб, оценка физического развития методом шкал регрессий, пульсоксиметрия, измерение артериального давления, функциональная оценка работы сердца на аппарате кардиовизор и ЭКГ программного комплекса, спирография, биоимпедансометрия, уровень глюкозы в периферической крови глюкометром Cardio Chek.

**Результаты.** Обследовано 50 детей, перенесших COVID-инфекцию, диагноз подтвержден ПЦР-тестами. Заболевание у 89% детей протекало в легкой форме, у 11% детей — средней степени тяжести. Самочувствие страдало у 100% детей. В структуре жалоб на 1-м месте у 85% детей отмечались быстрая утомляемость, снижение аппетита, нарушение обоняния и изменение вкусовых предпочтений. У 42% детей — боли в животе функционального характера, неустойчивый стул. У 25% детей — нарушение сна, длительный субфебрилитет, носовые кровотечения, нарушение внимания, раздражительность. У 90% девочек подросткового возраста — аменорея и дисменорея. Сатурация периферической крови у 100% детей выше 96%. Повышение артериального давления у 23% детей. При ЭКГ-исследовании метаболические нарушения — у 46% детей. При спирографии нарушения по рестриктивному типу выявлены у 10% детей. Биоимпедансометрия у детей, в основном со сниженной массой тела, определила снижение активной клеточной массы и фазового угла — у 25% пациентов. Глюкоза в периферической крови у 100% детей в пределах нормы.

**Заключение.** Наблюдение пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, на базе детских центров здоровья дает возможность проведения динамического наблюдения за детьми раз в 6 мес в течение года. Проведение комплексной оценки состояния здоровья с использованием аппаратно-программного комплекса обследования позволит сформировать индивидуальную программу здорового образа жизни, рекомендации по рациональному питанию и физической активности составить с учетом оценки физического развития и исследования биоимпеданса, функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем и определить дальнейший комплекс дополнительного обследования и реабилитационных мероприятий.



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕБЮТА И ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT

Михайловская Е.Г.<sup>1</sup>, Иго О.Л.<sup>1</sup>, Зарипова Ю.Р.<sup>2</sup>, Соколов А.Л.<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

**Актуальность.** Синкопе — распространенный симптом в практике детского врача. Одним из жизнеугрожающих синдромов, характеризующихся рецидивирующими синкопе, является синдром удлиненного интервала QT (LQTS). LQTS — это генетически гетерогенное наследственное состояние с нарушением структуры и функции ионных каналов кардиомиоцитов, в результате чего процессы реполяризации миокарда происходят неравномерно и неодновременно в различных частях желудочков. Возрастает чувствительность миокарда к влияниям симпатической нервной системы, что становится причиной тахиаритмий, способных приводить к жизнеугрожающим фибрилляциям желудочков. Выраженность проявлений — от практически бессимптомного течения до значимых нарушений (обмороков, аритмий, внезапной сердечной смерти).

**Цель исследования.** Описание клинического случая дебюта и течения синдрома удлиненного интервала QT (LQTS).

**Пациенты и методы.** Девушка, 16 лет, с впервые появившимися жалобами на эпизоды потери сознания, чаще в ночное время, после пробуждения, продолжительностью 2–3 мин, при которых отмечались сердцебиение, шумное дыхание, постепенное отключение сознания. Со слов девочки, во время приступа она слышит, что происходит вокруг, затем засыпает. Описание ребенка по время приступа со слов родителей: открытые глаза, широкие зрачки, бледные кожные покровы.

**Результаты.** Обратились к кардиологу спустя 6 мес. На контрольной ЭКГ QTc — 432 мс, рекомендован осмотр через 6 мес. В связи с сохраняющимися эпизодами потери сознания проконсультирована эпилептологом, назначена терапия вальпроевой кислотой, частота приступов сократилась до 1 эпизода в 2–3 мес. Через 1 год 3 мес от дебюта заболевания обследована в Центре детской кардиологии и ревматологии (ЦДКР) ГБУЗ «Детская республиканская больница» (ДРБ) г. Петрозаводска. Заподозрен LQTS: удлинение QTc регистрировалось только в ортостазе. У ребенка диагностирована гипофункция щитовидной железы, назначен левотироксин. Приступы расценены как вторичные. Показаний для терапии бета-адреноблокаторами не было. В динамике учащение приступов без эффекта от увеличения дозы вальпроевой кислоты. Через 1 год 10 мес от дебюта заболевания при повторной госпитализации в ЦДКР на ЭКГ выраженная брадикардия с ЧСС 48–52/мин, удлинение QTc до 511 мс стоя, после нагрузки в 20 приседаний на 4 мин восстановительного периода — 582 мс. Суточное мониторирование ЭКГ: 2 эпизода полиморфной желудочковой тахикардии с ЧСС от 136 до 195/мин в ночные часы, 1 эпизод желудочковой мономорфной тахикардии с ЧСС 174/мин также ночью. Диагноз: LQTS, синкопальная форма. Назначены бета-адреноблокаторы. Транспортирована в ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова, где по срочным показаниям имплантирован кардиовертер-дефибриллятор (ИКД), продолжена терапия бета-адреноблокаторами. В течение года после имплантации ИКД на фоне антиаритмической терапии синкопальные состояния не рецидивировали, жалоб у девочки нет.

**Заключение.** Подход к диагностике и лечению пациентов с синкопальными состояниями должен быть мультидисциплинарным и своевременным. Долгий путь к диагнозу откладывает вовремя начатое лечение, утяжеляя состояние пациента и дальнейший прогноз.



## ЭТАПЫ ТЕРАПИИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРКАЛЬЦИУРИИ У ДЕТЕЙ

Михеева Н.М., Строзенко Л.А., Лобанов Ю.Ф., Зверев Я.Ф.

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

**Актуальность.** Идиопатическая гиперкальциурия (ИГ) — метаболическое нарушение у детей, имеющее различные клинико-лабораторные проявления, в том числе нейрогенные расстройства мочеиспускания, болевой синдром, гематурию и риск развития мочекаменной болезни и остеопороза в будущем.

**Цель исследования.** Разработка комплексного подхода для нормализации экскреции кальция с мочой, включающего как диетотерапию и нормализацию питьевого режима, так и назначение лекарственных препаратов.

**Пациенты и методы.** Детям с выявленной ИГ по уровню кальций/креатининового коэффициента (ККК) более 0,6 ммоль/ммоль (93 ребенка от 3 до 14 лет) была назначена высококалиевая и низконатриевая диета с повышенным потреблением жидкости. При сохраняющейся ИГ через 3 мес добавлялся препарат рыбьего жира 1000–1500 мг/сут на 3 мес. При отсутствии положительной динамики назначался гидрохлортиазид 1 мг/кг на 3 мес. После каждого этапа терапии проводились оценка клинико-лабораторных проявлений ИГ и контроль экскреции кальция с мочой по ККК.

**Результаты.** Средний возраст обследованных детей с ИГ составил  $6,4 \pm 1,4$  года. В клинической картине у 40,9% отмечалась пастозность лица ( $p < 0,05$ ). У 29% детей выявлено урежение мочеиспусканий; учащенные мочеиспускания, императивные позывы на мочеиспускание имели место у 15,1% детей, у 4,3% отмечался энурез. Болевой синдром был выявлен у 11,8% детей. Анализ клинико-лабораторных проявлений ИГ после 3 мес диетотерапии с повышенным потреблением жидкости показал, что у 52,6% детей исчезла пастозность лица ( $p < 0,01$ ), у 77,7% увеличился объем выделяемой мочи и количество мочеиспусканий в течение суток ( $p < 0,01$ ). Уровень ККК нормализовался у 59,1% ( $p < 0,01$ ). Во второй этап терапии включены 38 пациентов с сохраняющейся ИГ, назначен рыбий жир на 3 мес в суточной дозе 1000 мг для детей дошкольного возраста и 1500 мг — школьникам. После терапии у 11 (61,1%) пациентов купировался отечный синдром ( $p < 0,05$ ). Уровень ККК нормализовался у 52,6% детей, включенных во второй этап терапии ( $p < 0,01$ ). Третий этап терапии проводился 18 пациентам с сохраняющейся ИГ, что составило 19% от первоначальной группы детей. Им был назначен гидрохлортиазид в дозе 1 мг/кг веса на 3 мес. Нормализация ККК достигнута у 16 детей (88,9%) ( $p < 0,01$ ). Еще у 2 пациентов уровень ККК не опустился до референсных значений.

**Заключение.** Для коррекции идиопатической гиперкальциурии у детей следует рекомендовать поэтапный подход и начинать с рекомендаций по питьевому режиму и питанию. При сохраняющихся клинико-лабораторных проявлениях ИГ терапию продолжать назначением препаратов детского рыбьего жира. Назначение тиазидовых диуретиков рекомендуется в случае отсутствия положительной динамики после первых двух этапов лечения.



## ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ДЕФОРМАЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Моторенко Н.В.<sup>1</sup>, Титова Н.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> УО «Гомельский государственный медицинский университет»,  
Гомель, Республика Беларусь

<sup>2</sup> ГУО БелМАПО, Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) — наиболее часто встречающийся порок развития передней грудной стенки. В основе ее лежит чрезмерный рост грудино-реберных хрящей и вворачивание грудины внутрь грудной клетки. Вследствие компрессии легких грудино-реберным комплексом происходят уменьшение объема грудной клетки, деформация трахеи и крупных бронхов, нарушение дренажной функции бронхов, что ведет к инфицированию и хронизации воспалительного процесса.

**Цель исследования.** Оценить функциональные изменения органов дыхания у детей с ВДГК в зависимости от степени деформации грудной клетки.

**Пациенты и методы.** Обследованы 36 детей с ВДГК проходивших лечение на базе ортопедо-травматологического отделения учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» с января 2019 по сентябрь 2021 г. Полученные данные обработаны статистически с использованием пакета прикладного программного обеспечения Statistica 10.0,  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $14,23 \pm 2,45$  года, из них 26 (72,22%) мальчиков и 10 (27,78%) девочек.

Степень деформации грудной клетки определяли по индексу Халлера. II степень деформации встречалась у 19 (52,78%) пациентов, III степень — у 17 (47,22%) пациентов.

Пациенты со II степенью деформации грудной клетки предъявляли жалобы на частые простудные заболевания (более четырех раз в год) — 7 (36,84%) детей, одышку при физической нагрузке (подъем по лестничному пролету на 2 и более этажей) — 9 (47,36%) пациентов, повышенную утомляемость — 13 (68,42%) детей. Из пациентов с III степенью деформации частые простудные заболевания встречались у 10 (58,82%) детей, одышка при физической нагрузке (подъем по лестничному пролету на 2 и более этажей) — у 13 (76,47%), повышенная утомляемость — у 14 (82,36%) пациентов.

С целью оценки функции дыхания пациентам проводилась спирометрия с физической нагрузкой. У всех детей со II степенью ВДГК выявлено снижение показателей ЖЕЛ ( $76,51 \pm 3,86\%$ ), ОФВ<sub>1</sub> ( $72,16 \pm 2,52\%$ ) при нормальных показателях индекса Тиффно ( $94,97 \pm 3,89\%$ ) ( $p < 0,05$ ), что говорит о рестриктивном типе нарушения внешнего дыхания.

При III степени ВДГК отмечалось снижение не только ЖЕЛ ( $72,92 \pm 3,49\%$ ) и ОФВ<sub>1</sub> ( $67,11 \pm 3,35\%$ ), но и индекса Тиффно ( $76,50 \pm 2,14\%$ ) ( $p < 0,05$ ), следовательно, происходит присоединение обструктивного механизма нарушения функции внешнего дыхания.

При изучении компьютерных томограмм органов грудной клетки при II степени деформации у 2 (10,53%) пациентов был выявлен пневмофиброз, у 1 (5,26%) пациента — компрессия правых отделов сердца. При III степени деформации у 1 (5,88%) пациента были выявлены эмфизематозные буллы в нижних отделах легких, у 4 (23,53%) — компрессия правых отделов сердца, у 4 (23,53%) — пневмофиброз.

**Заключение.** Таким образом, при анализе жалоб у детей с ВДГК отмечалась стойкая закономерность увеличения их числа при более выраженной степени деформации грудной клетки, что определялось компрессией легких грудино-реберным комплексом, нарушающим экскурсию грудной клетки и эвакуацию мокроты. Нарушения функции внешнего дыхания у детей с ВДГК также напрямую зависят от степени деформации: при более выраженной деформации грудной клетки происходят нарастание рестриктивных нарушений функции внешнего дыхания и присоединение обструктивного механизма, формируются более стойкие, необратимые изменения в легких, что при истощении компенсаторных механизмов может привести к хронической гипоксии и нарушению функционального состояния всего организма.



## ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА БАРАНОВИЧИ В 2011–2021 ГГ.

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

**Актуальность.** Диагностика и лечение детей с врожденными пороками сердца (ВПС) занимает значительную долю времени в работе кардиоревматолога детской поликлиники.

**Цель исследования.** Изучение возрастной структуры ВПС у детей и подростков города Барановичи, которые состоят на диспансерном наблюдении кардиоревматологического кабинета в 2011–2021 гг.

**Пациенты и методы.** Проанализированы амбулаторные карты детей и годовые статистические отчеты 2011–2021 гг. (2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2021). Используются методы описательной статистики и критерий хи-квадрат.

**Результаты.** Отмечено возрастание числа детей с ВПС, состоящих на диспансерном наблюдении: 303, 328, 547, 724, 672, 1002 пациента в 2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2021 гг. соответственно. В 2011 г. впервые выявлено 50 пациентов (16,8% от общего числа детей с ВПС), 55 (16,8%) — в 2013, 181 (33,%) — в 2015, 172 (23,8%) — в 2017, 161 (23,9%) — в 2019, 302 (30,1%) — в 2021 г. В 2011 г. на учете находились 18 детей в ВПС в возрасте до 1 года (6,0% от общего числа ВПС), 44 (13,4%) — в 2013 ( $\chi^2 = 9,93$ ,  $p = 0,0016$  по сравнению с 2011), 90 (16,5%) — в 2015. Снижение отмечено в 2017 г.: 76 пациентов (10,5%) ( $\chi^2 = 9,73$ ,  $p = 0,0018$  по сравнению с 2015). Далее выявлено достоверное повышение абсолютного и относительного числа детей с ВПС в возрасте до 1 года: 105 (15,6%) — в 2019 ( $\chi^2 = 17,13$ ,  $p = 0,0001$  по сравнению с 2017), 280 (27,9%) — в 2021 ( $\chi^2 = 34,47$ ,  $p = 0,0001$  по сравнению с 2019). При этом отмечено снижение числа подростков в возрасте старше 15 лет с ВПС в последние 5 лет: 12 (4,0%) — в 2011, 35 (10,7%) — в 2013, 52 (9,5%) — в 2015, 72 (9,9%) — в 2017, 63 (9,4%) — в 2019, 60 (6,0%) ( $\chi^2 = 6,78$ ,  $p = 0,0092$  по сравнению с 2019).

**Заключение.** В период 2011–2021 гг. выявлено существенное увеличение частоты ВПС у детей и подростков. Наибольший прирост отмечен в последние 3 года в возрастной категории детей до 1 года. При этом число подростков старше 15 лет с ВПС в последние 5 лет снизилось. Данные анализа важно использовать в планировании работы кардиоревматологического кабинета, в частности, необходимо увеличение времени приема для детей в возрасте до 1 года.

## **АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Мулярчик О.С.**

*ГУЗ «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19) сопровождается заболеваемостью большого числа беременных женщин, что порождает ряд вопросов, касающихся вертикальной передачи SARS-CoV-2, неблагоприятного воздействия на организм матери и внутриутробного ребенка, отдаленных перинатальных исходов.

**Цель исследования.** Проанализировать электрокардиограммы новорожденных от матерей, перенесших COVID-19 во время беременности, для изучения возможности повреждающего действия SARS-CoV-2 на сердечно-сосудистую систему внутриутробного ребенка.

**Пациенты и методы.** В раннем неонатальном периоде всем новорожденным проводится первичное скрининговое электрокардиографическое исследование. Было проанализировано 48 электрокардиограмм детей, рожденных за период 2020–2021 гг. от матерей, перенесших COVID-19 во время беременности. Данные взяты из эпикризов новорожденных.

**Результаты.** В результате анализа электрокардиограмм выявлены следующие аритмии: синусовая тахикардия (6,25%), синусовая аритмия (4,16%), единичные случаи укорочения интервала PQ (2,08%), признаки перегрузки правого предсердия (2,08%). У каждого пятого новорожденного электрическая ось сердца была резко отклонена вправо (20,83%) и у одного ребенка имела вертикальное положение (2,08%). При анализе анамнеза беременности у матерей данных детей, у которых выявлены перечисленные изменения, было установлено, что 37,5% данных матерей перенесли COVID-19 в сроке 14–30 нед, 62,5% — в сроке более 30 нед. Из других сопутствующих патологий, на фоне которых протекали данные беременности, были выявлены острые респираторные инфекции (12,5%), анемии (18,75%), фетоплацентарные нарушения (18,75%), многоводие (6,25%), угроза прерывания беременности (18,5%), аритмии у матерей (12,5%), гинекологические заболевания (31,25%).

**Заключение.** Таким образом, характерными изменениями на электрокардиограммах новорожденных, родившихся от матерей, перенесших COVID-19 во время беременности, являются синусовая тахикардия и синусовая аритмия. Но нельзя исключить развитие данных аритмий вследствие другой сопутствующей патологии во время беременности. Необходимо дальнейшее более длительное и углубленное исследование и наблюдение.



## КАДРОВЫЙ СОСТАВ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Мулярчик О.С.

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

**Актуальность.** Амбулаторно-поликлиническая помощь имеет первостепенное значение в медицинском обслуживании населения, как наиболее массовая и общедоступная. Важная роль в оказании и обеспечении доступности медицинской помощи населению принадлежит среднему медицинскому персоналу. В свою очередь, качество оказываемой лечебно-профилактической помощи будет зависеть от кадрового состава средних медицинских работников, уровня их профессиональной подготовки, мотивации деятельности, удовлетворенности своим трудом.

**Цель исследования.** Изучить проблемы кадрового состава среднего медицинского персонала амбулаторно-поликлинического звена и возможные пути решения.

**Пациенты и методы.** Было проведено добровольное анкетирование 105 медицинских сестер амбулаторно-поликлинического звена г. Гродно Республики Беларусь. Анкета включала следующие разделы: пол, возраст, стаж, уровень образования и квалификации медицинских сестер; мотивирующие факторы в выборе профессии; удовлетворенность работой; профессиональные планы на будущее. Проведена статистическая обработка полученных результатов с использованием пакета прикладных статистических программ STATISTICA 10.0 (SNAXAR207F394425FA-Q).

**Результаты.** Средний медицинский персонал представлен возрастной структурой: 50,4% — 21–40 лет, 43,8% — 41–60 лет, 3,8% — старше 60 лет, 1,9% — моложе 20 лет. Стаж работы составляет 11–20 лет — 34,3%, 20–30 лет — 28,6%, больше 30 лет — 20%, 1–10 лет — 14,3%, меньше 1 года — 2,9% опрошенных. Получено, что 24,8% медицинских сестер имеют высшую квалификационную категорию, 49,5% — первую, 16,2% — вторую, 9,5% не имеют категории.

Установлено, что 93,3% опрошенных довольны своей работой. Среди мотивирующих факторов 57,1% отметили возможность помогать пациентам, 50,5% — хороший коллектив, 44,8% — близость к дому, 40% — удобный график. На степень неудовлетворенности влияют такие факторы, как зарплата (49,5%) объем выполняемых работ (37,7%), неукомплектованность, текучесть кадров (32,4%) отношение пациентов к медицинским работникам (30,5%). Самым сложным в своей работе большинство — 78,1% — считают большой объем бумажной работы, 43,8% — большой поток пациентов, 24,8% — высокую ответственность за свою работу, 19% — работу больше, чем на одну ставку. Установлено, что 70,5% медицинских сестер планируют работать по этой специальности, 16,2% хотят сменить специальность, но остаться в медицине, 8,6% хотят уйти из медицины, 3,8% планируют выход на пенсию.

**Заключение.** Выявленные проблемы при изучении кадрового состава — это неудовлетворенность средних медицинских работников зарплатой, большим объемом выполняемых работ, неукомплектованностью и текучестью кадров. Возможные пути решения — это повышение заработной платы, уменьшение нагрузки на медицинских сестер, обеспечение кадрами амбулаторно-поликлинического звена.



## НАЛИЧИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Мулярчик О. С.

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

**Актуальность.** В настоящее время суицид среди молодежи является одной из острых и первостепенных проблем нашего общества. Высокий уровень суицидов заставляет как можно раньше выявлять факторы риска суицидального поведения с целью его профилактики.

**Цель исследования.** Выявить возможные факторы риска суицидального поведения среди студентов-медиков.

**Пациенты и методы.** Было проведено добровольное онлайн-анкетирование 134 студентов 2-го курса педиатрического факультета Гродненского государственного медицинского университета. Анкета была создана на основе базы сервиса Google-формы, включала в себя следующие разделы: наличие факторов риска суицидального поведения среди студентов, наиболее частые причины такого поведения и возможные пути решения данной проблемы. Проведена статистическая обработка с использованием программы STATISTICA 10.0 (SNAXAR207F394425FA-Q).

**Результаты.** При анализе анкет установлено, что мысли о суициде посещают 20,9% (95 ДИ (13,08–27,12%)) студентов, у 12% (95 ДИ (3,117–12,37%)) респондентов попытки суицида совершали близкие, 3% (95 ДИ (0,8195–7,466%)) предпринимали попытки суицида сами. Среди опрошенных 76,1% (95 ДИ (67,99–83,06%)) считают, что человек имеет право распоряжаться своей жизнью и 2,2% (95 ДИ (0,4643–6,403%)) считают суицид единственным выходом.

Наиболее частыми причинами суицида, по мнению респондентов, являются проблемы в семье — 86,6% (95 ДИ (79,6–91,84%)), психологические проблемы в среднем/высшем учебном заведении — 85,8% (95 ДИ (78,75–91,24%)), проблемы с молодым человеком/девушкой — 85,1% (95 ДИ (77,89–90,64%)), депрессия — 84,3% (95 ДИ (77,05–90,03%)), душевная травма — 79,9% (95 ДИ (72,05–86,28%)), смерть близких — 75,4% (95 ДИ (67,19–82,4%)), серьезные материальные трудности — 49,3% (95 ДИ (40,52–58,02%)), а также желание подражательного самоубийства — 20,9% (95 ДИ (14,36–28,76%)), философские/религиозные взгляды — 18,7% (95 ДИ (12,45–26,3%)). Помочь человеку, стоящему на грани суицида, считают опрошенные, могут в первую очередь родные — 83,6% (95 ДИ (76,21–89,42%)), друзья — 79,1% (95 ДИ (66,39–81,74%)) и психолог — 73,9% (95 ДИ (65,59–81,08%)).

**Заключение.** Каждый пятый студент задумывался о суициде и 3% (95 ДИ (0,8195–7,466%)) предпринимали попытки суицида сами. Первое место среди причин суицида, по мнению студентов, занимают семейные проблемы и психологический дискомфорт в учебном заведении. В молодежной среде актуальна работа по улучшению психологической атмосферы, обучению конструктивному принятию решений в сложных ситуациях, профилактике суицидов.

## НЕОНАТАЛЬНЫЙ МУЛЬТИСИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С SARS-CoV-2

Мусаев А.А.<sup>1</sup>, Рагимова Н.Д.<sup>1</sup>, Исмаилова А.<sup>1</sup>, Асадова С.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт педиатрии им. К.Я. Фараджевой, Баку, Азербайджанская Республика

<sup>2</sup> Центральная клиника, Баку, Азербайджанская Республика

**Актуальность.** Мультисистемный воспалительный синдром у детей представляет собой постинфекционное иммуноопосредованное состояние, проявляющееся через 3–5 нед после COVID-19. Материнский SARS-CoV-2 потенциально может вызывать аналогичный гипервоспалительный синдром у новорожденных детей.

**Цель исследования.** Изучить перинатальный анамнез, клинические особенности и исходы у 14 новорожденных с признаками, соответствующими MIS-C, связанными с материнским SARS-CoV-2.

**Пациенты и методы.** Проанализированы медицинские карты новорожденных с диагнозом «Мультисистемный воспалительный синдром у новорожденных (MIS-N), находившихся на лечении в НИИ педиатрии, Центральной клинике в 2021 г. Новорожденным уточняли эпидемиологический анамнез, определяли в мазках из верхних дыхательных путей методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) специальные фрагменты РНК SARS-CoV-2, иммуноглобулины класса IgM, IgG иммунофлуоресцентным методом, проводили инструментальные обследования.

**Результаты.** Возраст пациентов составлял от 9 до 25 дней. Среди пациентов были 9 доношенных, 5 недоношенных, 12 мальчиков и 2 девочки. У 10 детей дебют заболевания начинался с дыхательной недостаточности, в связи с чем 8 детям потребовалась респираторная поддержка (ИВЛ, СРАР). У 5 детей наблюдалась фебрильная лихорадка; у 3 отмечалась экзантема различного характера; у 2 — поражение склер/конъюнктив, у 6 — отеки; у 4 — гепатомегалия. Среди лабораторных проявлений были обнаружены в крови повышение С-реактивного белка (6–57 мг/дл) и ускорение СОЭ (20–61 мм/ч). У 10 пациентов выявлены лейкоцитоз и высокий уровень D-димера (1300–6700 мкг/л). Гипопротеинемия была у 10 детей; у 7 детей наблюдались тромбоцитопения (менее  $150 \times 10^9/л$ ), анемия, повышенный уровень прокальцитонина (более 2 нг/мл), повышение уровня ферритина (300–2000 нг/мл). Повышение трансаминаз наблюдалось у 5 пациентов, повышение NT-proBNP у 3 детей, повышение лактатдегидрогеназы у 3 детей, гипофибриногенемия у одного ребенка. ПЦР орофарингеального мазка на РНК SARS-CoV-2 была отрицательной у 100% детей, антитела к SARS-CoV-2 были обнаружены у 14 детей.

**Заключение.** Среди новорожденных, рожденных от матерей с COVID-19 в анамнезе, MIS-N учитывался при исключении сепсиса, асфиксии, недоношенности. MIS-N чаще встречался у доношенных детей, у лиц мужского пола. Все новорожденные имели повышенный уровень биомаркеров, получали стероиды и внутривенные иммуноглобулины. У 2 новорожденных в результате диффузного внутричерепного кровоизлияния (1) и полиорганной недостаточности (1) наступила смерть. По-видимому, трансплацентарные антитела против SARS-CoV-2 вызывают мультисистемный воспалительный синдром у новорожденных.

## ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У БОЛЬНЫХ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Мусаев С.Н., Мамедова С.Н., Мамедова З.У.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская республика*

**Актуальность.** В условиях пандемии COVID-19 возник ряд вопросов у ревматологов, включая детских ревматологов, связанных в первую очередь с непредсказуемым течением этой инфекции у пациентов с ревматическими заболеваниями.

**Цель исследования.** Изучение течения COVID-19 у детей с ювенильным ревматоидным артритом (ЮИА), получающих иммуносупрессивную терапию.

**Пациенты и методы.** В исследовании приняли участие 17 пациентов с ЮИА в возрасте от 2 до 17 лет: 11 из них наблюдались во время стационарного или амбулаторного посещения клиники, в то время как с остальными связывались с помощью телефонного опроса. Доказательства COVID-19 были на основании типичных клинических проявлений, положительных для SARS-CoV-2-инфекции ПЦР и/или положительных ответов серологии.

**Результаты.** У 2 пациентов был положительный тест на SARS-CoV-2-инфекцию с помощью ПЦР, у 5 пациентов были положительные серологические ответы, у 10 пациентов — положительный ПЦР и отмечались клинические симптомы COVID-19. Системный артрит был зарегистрирован в 4 случаях, в то время как олигоартрит — у 6, полиартрит у — 3, моноартрит у — 4 детей. Высокая лихорадка наблюдалась у 8 детей, которая продолжалась в течение 3–5 дней. Субфебрильную температуру имели 3 детей. Кашель наблюдался у 4 детей, аносмия — у 2, потеря вкуса — у 3, общая слабость — у 2 детей, отсутствие аппетита — у 7 детей. Только один пациент заболел пневмонией и получил антибиотикотерапию. Этот пациент находился в состоянии ремиссии системного артрита. У 5 пациентов инфекция дала обострение ЮИА. Однако ни одному из пациентов не потребовалась госпитализация.

**Заключение.** Наши данные продемонстрировали, что пациенты с системным артритом из-за особенностей иммунного ответа на вирус, даже в стадии ремиссии, подвержены более высокому риску SARS-CoV-2-инфекции. Учитывая полученные данные, в период пандемии не рекомендуем прерывать лечение основного заболевания, однако по возможности необходимо снизить дозу кортикостероидов.



## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ И АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ — ИНГИБИТОРОВ НЕЙРАМИНИДАЗЫ (ОСЕЛЬТАМИВИР) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА А И В У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 1 ГОРОДА РОСТОВА-НА-ДОНУ

Мушегян Ж.Г., Зазьян А.В., Колесникова И.Д.

*МБУЗ «Детская городская больница № 1 г. Ростова-на-Дону»,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

**Актуальность.** Известно, что вирус гриппа характеризуется тяжелым, часто неблагоприятным течением и быстрым формированием осложнений. В связи с этим важное значение приобретает, помимо оперативной диагностики заболевания, и своевременное назначение эффективной противовирусной терапии.

**Цель исследования.** Оценить эффективность своевременной противовирусной этиотропной терапии в лечении вируса гриппа А и В у детей в условиях стационара в соответствии с клиническими рекомендациями Минздрава России.

**Пациенты и методы.** Проведен сравнительный клинико-лабораторный анализ историй болезни 44 детей с подтвержденным диагнозом вируса гриппа А и В (с применением иммунохроматографического экспресс-теста или ПЦР исследования) в осенне-зимний период 2019–2020 гг., не получавших терапию осельтамивиром — I группа, 148 детей того же периода, получавших терапию (II группа) и 137 детей, получавших терапию в 2021–2022 гг. с первого дня постановки диагноза (III группа).

**Результаты.** Сравнение скорости регресса клинических симптомов гриппа под влиянием проводимой терапии в разных группах показало, что нормализация температуры тела, улучшение клинико-лабораторных показателей динамичнее всего (~72 ч) наблюдались у детей III группы, у детей II группы — ~84 ч, I группы — ~110 ч. Подтверждением целесообразности и эффективности применения осельтамивира явилась длительность пребывания детей в стационаре, которая составила в среднем в I группе 5,7 к/д, во II группе — 4,3 к/д, в III группе — 3,89 к/д.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности использования противовирусных препаратов группы ингибиторов нейроминидазы (осельтамивир) в комплексной терапии с первого дня постановки диагноза вируса гриппа А и В.

## **ОБЗОР КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ COVID-19 У ДЕТЕЙ, НАХОДИВШИХСЯ В МБУЗ «ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 Г. РОСТОВА-НА-ДОНУ»**

**Мушегян Ж.Г., Колесникова И.Д.**

*МБУЗ «Детская городская больница № 1 г. Ростова-на-Дону»,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

**Актуальность.** COVID-19 у детей чаще протекает в легкой или бессимптомной форме, но это не исключает случаев тяжелого и крайне тяжелого течения заболевания. Клинические проявления при COVID-19 у детей схожи с ОРВИ, отсутствуют характерные для взрослых симптомы: одышка, anosmia и дисгевзия.

**Цель исследования.** Выявить клинические особенности проявления COVID-19 у детей разных возрастных групп. Первая группа — от 0 до 5 лет, вторая группа — с 6 до 11 лет, третья группа — с 12 до 18 лет.

**Пациенты и методы.** Представлены результаты анализа особенностей клинических проявлений COVID-19, полученные при наблюдении за 78 детьми, поступившими в МБУЗ «Детская городская больница № 1 г. Ростова-на-Дону» в 2021 г. с симптомами острого респираторного вирусного заболевания, обследованными на новую коронавирусную инфекцию методом ПЦР-мазков из ротоглотки и носоглотки, и обнаруженным в мазках РНК SARS-COV-2.

**Результаты.** Дети, поступившие в ДГБ 1 имели симптомы респираторного заболевания. Лихорадка была у всех детей, но разной степени повышения температуры. 78% детей 0–5 лет — с субфебрильной лихорадкой, у 89% пациентов 6–11 лет — фебрильные цифры, 92% детей 12–18 лет уже имели лихорадку 39,0 °С и выше. Одышка отмечалась только у детей 6–11 лет в 4% случаев и 12–18 лет — в 8% случаев COVID-19. Признаки пневмонии на рентгенограмме органов грудной клетки были у 7 детей в возрасте от 0–5 лет, у 3 детей 6–11 лет и у 18 детей 12–18 лет. Тяжелая форма течения COVID-19 диагностирована у 15 детей третьей возрастной группы. Тяжесть обусловлена явлениями ДН, снижением SpO<sub>2</sub> менее 90%. Форма COVID-19 мультисистемный воспалительный синдром была у 3 детей в первой и второй возрастных группах. Симптомы интоксикации (слабость, миалгии): 0–5 лет 23%, 6–11 лет — 32%, 12–18 лет — 44%. Поражение ВДП (кашель, боль в горле, заложенность носа): 0–5 лет — 7%, 6–11 лет — 19%, 12–18 лет — 48%. Гастроинтестинальные симптомы (тошнота, рвота, боль в животе, диарея): 0–5 лет — 45%, 6–11 лет — 14%, 12–18 лет — 2%. Кожные высыпания: от 0–5 лет — 42%, 6–11 лет — 4%, в третьей группе данного симптома не было. Патогномичные симптомы (дисгевзия и anosmia) были у 4 детей в группе 12–18 лет.

**Заключение.** Симптомы поражения ВДП преобладают у детей подросткового возраста. Пневмонии чаще возникают у детей первой и третьей возрастных групп. Одышка чаще регистрируется у школьников и подростков. Гастроинтестинальные симптомы и кожные высыпания характерны для детей до года и младшего возраста. Симптомы интоксикации, отсутствие вкуса и обоняния наиболее выражены у детей второй и третьей групп в связи с отсутствием возможности детей первой возрастной группы активно вербально предъявлять жалобы.

## ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА С ТРАНЗИТОРНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ II СТЕПЕНИ У РЕБЕНКА С МУЛЬТИСИСТЕМНЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Нагорных Г.Н.<sup>1</sup>, Вернигора С.В.<sup>1</sup>, Горохова Н.Е.<sup>2</sup>, Горбатиков К.В.<sup>2</sup>, Лукьянова В.Н.<sup>2</sup>, Потапова А.П.<sup>1</sup>, Новоселова Т.В.<sup>1</sup>, Смирнов А.В.<sup>1</sup>, Левина Н.Г.<sup>1</sup>, Дмитриев А.В.<sup>1</sup>, Ушакова С.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ ТО «Областная больница № 3», Тобольск, Российская Федерация

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

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** Кардиальные нарушения, ассоциированные с новой коронавирусной инфекцией у детей, в подавляющем большинстве случаев развиваются в ходе мультисистемного воспалительного синдрома (МСВС), который проявляется фебрильной лихорадкой, внешними признаками болезни Кавасаки (БК), гипервоспалительным состоянием и мультиорганным поражением.

**Цель исследования.** Продемонстрировать клинический случай эффективной курации мультидисциплинарной командой врачей пациентки с МСВС, развившей воспалительное поражение миокарда с преходящей атриовентрикулярной (АВ) блокадой II степени.

**Пациенты и методы.** Анализ медицинской документации пациентки 12 лет, госпитализированной экстренно в декабре 2021 г. в многопрофильный стационар ГБУЗ ТО ОБ № 3. Лечебно-диагностическая тактика согласовывалась со специалистами территориального ЦМК ГБУЗ ТО ОКБ № 1. Из анамнеза: лечилась амбулаторно по поводу острой респираторной инфекции, на 5-й день резкое ухудшение с лихорадкой 39 °С, головная боль, головокружение, боль в животе. Доставлена бригадой скорой медицинской помощи с подозрением на менингит. Предшествующие контакты по COVID-19 отрицает.

**Результаты.** При поступлении состояние тяжелое. Фебрильная лихорадка, проявления БК (конъюнктивит, сыпь на коже, отечность кистей и стоп). Ригидность затылочных мышц сомнительная. Приглушенность тонов сердца, ЧСС — 108/мин, АД — 90/60 мм рт. ст. При наблюдении в 1-е сут отмечена брадикардия с головокружением. ЭКГ: при поступлении синусовый ритм с ЧСС 108/мин; затем синусовая брадикардия — 48/мин, не исключалась АВ-блокада II степени 2 : 1. Эхокардиография: фракция выброса — 60%. Лабораторные исследования: повышенный уровень С-реактивного белка (213 мг/л), прокальцитонина (5,7 нг/мл), тропонина I (0,17 нг/мл), ферритина (421 мкг/л), D-димера (2345 нг/мл); лейкоциты —  $14,1 \times 10^9$ /л, нейтрофилы —  $12,6 \times 10^9$ /л, лимфоциты —  $0,85 \times 10^9$ /л, тромбоциты —  $134 \times 10^9$ /л. Анализ ПЦР-мазка из носоглотки отрицательный, но антитела IgG SARS-CoV-2 положительные (10,8). Клинико-лабораторные показатели соответствовали критериям диагноза МСВС. Суточная ЭКГ: дисфункция синусового узла с ЧСС 42–145/мин, множественные эпизоды АВ-блокады II степени Мобитц I (в т.ч. 2 : 1). Проводимое лечение: допамин, внутривенный иммуноглобулин, дексаметазон, эноксапарин, цефотаксим. Лихорадка и кожно-слизистые проявления купировались к концу 1-х сут. На 7-й день ЧСС — 70/мин, АД — 110/70 мм рт. ст. Выписана на 20-й день с нормализацией воспалительных маркеров, без остаточных кардиальных нарушений.

**Заключение.** У всех поступивших в стационар детей с подозрением и с верифицированным МСВС, и особенно у имеющих высокие значения кардиомаркеров (тропонин I), следует тщательно контролировать функциональное состояние сердечно-сосудистой системы с акцентом на показатели сердечного ритма и проводимости при регулярной записи ЭКГ, чтобы обнаружить нарушения как можно раньше и мониторировать их. Несмотря на видимый благоприятный прогноз преходящих кардиальных нарушений к моменту выписки, необходимо продолжить амбулаторное наблюдение пациентки у детского кардиолога.

## СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА» У ДЕТЕЙ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Надежда В.А.<sup>1</sup>, Древницкая Т.С.<sup>2</sup>, Храмова Е.Б.<sup>2</sup>, Ашихмина Е.П.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава РФ, Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** Синдром «сухого глаза» (ССГ) у детей встречается значительно реже, чем у взрослых, его нередко диагностируют среди детей, носящих контактные линзы, с глаукомой, с хроническим увеитом, сахарным диабетом, рядом врожденных заболеваний век, слезных желез. Сопутствующая соматическая патология, такая как белково-энергетическая недостаточность (БЭН), является одним из предикторов развития данной патологии.

**Цель исследования.** Представить клинический случай патологии передней поверхности глазного яблока на фоне БЭН у ребенка в возрасте 5 лет.

**Пациенты и методы.** В приемное отделение детского стационара, работающего в режиме круглосуточной неотложной помощи, обратился мальчик 5 лет. Со слов мамы, ребенок предъявляет жалобы на покраснение левого глаза, светобоязнь при ярком свете, которые беспокоят около 4 мес. Наблюдался амбулаторно с диагнозом «конъюнктивит», за время лечения получал эпibuльбарно в оба глаза дексаметазон, сульфацил натрия, тобрамицин, ципрофлоксацин, декспантенол гель, индоколлир, колларгол, димедрол и внутрь цетиризин. Эффект от лечения непостоянный, отмечают возобновление вышеуказанных жалоб после отмены препаратов, в связи с чем вновь обратились за медицинской помощью.

**Результаты.** Проведено клиничко-лабораторное обследование пациента: осмотрен педиатром, ЛОР-врачом, офтальмологом, проведены общий анализ крови, биохимическое исследование крови, общий анализ мочи. Выставлен диагноз: «Хроническая белково-энергетическая недостаточность. ССГ, увеит, гнойная язва роговицы левого глаза». В связи с этим пациент госпитализирован в офтальмологическое отделение детского стационара. В подходе к выбору лечения глаз учитывался преморбидный фон ребенка: имелись сопутствующие диагнозы и фоновые состояния, обусловленные БЭН умеренной и слабой степени. Наряду с дефицитом массы тела (индекс массы тела на момент госпитализации составил 13кг/м<sup>2</sup>), присутствовали синдром трофических расстройств (сухость кожных покровов и видимых слизистых оболочек, истончение подкожно-жировой клетчатки, снижение тургора тканей), синдром пищеварительных нарушений — снижение толерантности к пище (L20.8), синдром дисфункции ЦНС (F09), железодефицитная анемия (D50) и снижение иммунобиологической реактивности — геморрагический цистит (N39.0), острый ринофарингит (J02.8). Лечение заключалось в коррекции БЭН, антибактериальной, противовоспалительной терапии системно и локально с включением репаративных средств.

**Заключение.** В представленном клиническом случае пациент, поступивший в офтальмологическое отделение с основными жалобами на болезненные ощущения в глазах, имел сопутствующие диагнозы и фоновые состояния, обусловленные БЭН умеренной и слабой степени. Комплексный подход к диагностике и лечению позволил достичь значимой стабилизации и стойкого эффекта в офтальмологическом статусе пациента.

## ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Назаретян В.Г.<sup>1</sup>, Шаншоева Н.Ш.<sup>2</sup>, Мазуренко Л.И.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 4 г. Краснодара» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация

**Актуальность.** Новорожденные дети находятся в группе риска по развитию дефицита 25-гидроксиколекальциферола (витамин D). До настоящего времени исследований по недостаточности витамина D у новорожденных детей в условиях Краснодарского края, относящегося к зоне с достаточным количеством солнечных дней, не проводилось.

**Цель исследования.** Изучить факторы, определяющие низкую пренатальную обеспеченность витамином 25(OH) D у новорожденных в условиях г. Краснодара, Краснодарского края

**Пациенты и методы.** Методом иммунохимического анализа проведено исследование уровня витамина D в сыворотке пуповинной крови у 302 новорожденных: у 161 ребенка, рожденного на 23–36-й нед беременности, и у 141 ребенка — на 37–41-й нед. Параллельно проведено анкетирование матерей новорожденных. Недостаточность витамина D определялась при концентрации 21–30 нг/мл, дефицит — меньше 20 нг/мл.

**Результаты.** Среднее значение уровня витамина D в пуповинной крови новорожденных составило  $17,6 \pm 7,5$  нг/мл, в том числе у недоношенных детей —  $11,7 \pm 3,9$  нг/мл, у доношенных —  $26,7 \pm 6,1$  нг/мл. Риск развития дефицита витамина D у недоношенных в 1,7 раза выше, чем у доношенных новорожденных. Дефицит витамина D в пуповинной крови достоверно коррелировал с такими показателями, как низкий уровень социально-экономического статуса семьи, рождение ребенка в зимне-весенний период года, курение матери во время беременности, длительное пребывание в домашних условиях, однообразное питание беременной, отсутствие приема витамина D во время беременности, возраст матери старше 30–35 лет, хронические заболевания матери, особенно пищеварительной системы, а также фетоплацентарная недостаточность.

**Заключение.** Таким образом, у новорожденных детей (доношенных и недоношенных) Краснодарского края выявляется пренатальная недостаточность витамина D, обусловленная рядом ключевых социальных, медицинских, бытовых факторов. Педиатрам необходимо разработать и внедрить в практическое здравоохранения комплекс мер, направленных на профилактику дефицита витамина D у детей.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ ДО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

Насирова Г.Р., Турдиева Ш.Т.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

**Актуальность.** В последние годы отмечается увеличение частоты встречаемости острого тонзиллита у детей дошкольного и школьного возраста. Некоторые ученые объясняют данную тенденцию с ослаблением иммунитета на фоне экологических факторов и нерационального использования антибиотиков, что ослабляет иммунную систему у детей.

**Цель исследования.** Изучение клинического проявления острого тонзиллита (ОТ) у детей в дотерапевтическом периоде в зависимости от возрастной категории.

**Пациенты и методы.** Обследованы 212 детей от 4 до 15 лет с ОТ, проживающих в Ташкентской области. Все дети обследованы в поликлинических условиях. Проведено дотерапевтическое общеклиническое обследование с фарингоскопией и сбором анамнестических данных. Перед проведением обследования и сбора анамнестических данных взято письменное разрешение у родителей или опекунов на проведение клинического осмотра детей. Осмотр проводился совместно с врачом-отоларингологом.

**Результаты.** В ходе сбора анамнестических данных было отмечено, что высокая сезонность возникновения ОТ приходится в основном на зимне-весенний период года, в частности, зимой ОТ был отмечен у 42% (n = 89) пациентов, весной — у 34% (n = 72), осенью — у 20,2% (n = 43) пациентов. Несмотря на жаркий климат в летний период Центральной Азии, ОТ перенесли 3,8% (n = 8) детей. Были определены следующие формы ОТ: катаральная — 65,57% (n = 139) детей, фолликулярная — 22,64% (n = 48), лакунарная — 11,79% (n = 25) детей. При язвенно-пленчатой форме патологии дети были направлены на стационарное лечение в специализированные отделения детских лечебных учреждений.

В дотерапевтическом периоде у пациентов астеновегетативные нарушения отмечали у всех обследованных — 100% (n = 212), в виде общей слабости — у 96,8% (n = 209), снижения аппетита — у 94,8% (n = 201), головной боли — у 92,5% (n = 196). Одновременно все пациенты жаловались периодическую гипертермию — 100% (n = 212). Во время осмотра отмечали шейную лимфаденопатию у 98,6% (n = 208), гиперемию миндалин — у 100% (n = 212), гиперплазию — у 98,1% (n = 208), возникновение экссудатов — у 48,1% (n = 102).

При этом отмечена возрастная тенденция проявления некоторых специфических признаков заболевания, в частности, у детей школьного возраста отмечена в среднем на 23,8% меньше встречаемость экссудатов, одинофагии и шейной лимфаденопатии по отношению к детям дошкольного возраста. В последующем все дети получили медикаментозное лечение на основании утвержденных стандартов лечения.

**Заключение.** У детей с ОТ в дотерапевтическом периоде в клинической картине заболевания преобладают астеновегетативные нарушения, гипертермия. При этом проявление специфических признаков заболевания зависело от возрастной категории детей. У детей старших возрастных групп наличие экссудатов, одинофагии и шейной лимфаденопатии констатируется в среднем на 23,8% случаев реже.



## НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Насирова С.Р.

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

**Актуальность.** Самая сложная и наименее изученная проблема в неонатологии — некротический энтероколит (НЭК). НЭК – тяжелое воспалительное заболевание кишечника, имеющее широкий клинический спектр вариантов течения — от легких случаев до тяжелых деструктивных форм с некрозами кишечника, перфорацией, перитонитом, сепсисом. Как правило, болезнь развивается в первые две недели жизни, однако у 16% пациентов возникает сразу после рождения. Этиология этого заболевания мультифакториальная, определенную роль играют ишемия и реперфузионное поражение, инфекция, транслокация кишечной флоры через незрелые слизистые барьеры. Летальность при данном заболевании достигает 70%, а при обширных некрозах кишечника — 100%. В США ежегодно фиксируется около 7000 случаев и умирает от 1500 до 2000 новорожденных. Несмотря на многочисленные научные исследования этого заболевания, вопрос об изменении цитокинов в зависимости от причины НЭК и стадии начала заболевания остается неясным.

**Цель исследования.** Оценить некоторые показатели цитокинового статуса у новорожденных с НЭК.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 100 новорожденных с НЭК, которые были госпитализированы в отделение интенсивной терапии Педиатрического института в возрасте от 1 до 60 дней. На основании клинико-рентгенологических признаков I стадия НЭК отмечалась у 26 ( $26 \pm 4,4\%$ ), II стадия — у 44 ( $44 \pm 5,0\%$ ), а III стадия — у 30 ( $30 \pm 4,6\%$ ) новорожденных. Контрольную группу составили 30 здоровых новорожденных. Гестационный возраст у 16 ( $16 \pm 3,7\%$ ) недоношенных 29–31 нед, у 48 ( $48 \pm 5,0\%$ ) — 32–37 нед, у 33 ( $33 \pm 4,7\%$ ) новорожденных — 38–40 нед.

У 50 детей были определены состояния цитокинов в крови (интерлейкин  $1\beta$  (IL- $1\beta$ ), интерлейкин 6 (IL-6), фактор некроза опухоли альфа (TNF- $\alpha$ )). Тест-система измерения и диагностики использовалась для выполнения стандартного метода твердофазного (сэндвич-версия) иммуноферментного анализа (ELISA). Полученные цифровые данные были статистически обработаны по методу медицинской статистики с учетом последних требований.

**Результаты.** В результате проведения сравнительного анализа уровней цитокина у новорожденных с НЭК было установлено, что в I группе уровень IL- $1\beta$  в 3 раза ( $1,88 \pm 0,18$ ), во II группе в 3,4 раза ( $2,12 \pm 0,07$ ), в III группе в 3,1 раза ( $1,95 \pm 0,10$ ), а IL-6 в 6,9 раз в I группе, в 7,8 раз во II группе, в 7,1 раз в III группе выше уровня цитокинов новорожденных контрольной группы. При взгляде на TNF- $\alpha$  ситуация была несколько иная. TNF- $\alpha$  увеличился в I группе в 31,4 раза, во II группе – 29,1 раза и в III группе в 30,3 раза по сравнению с контрольной группой. Уровни TNF- $\alpha$  в группах были  $50,2 \pm 0,8$ ,  $46,6 \pm 1,0$  и  $48,5 \pm 0,8$  соответственно.

В результате проведения сравнительного анализа уровней провоспалительных цитокинов у новорожденных с НЭК было установлено, что независимо от стадии у всех новорожденных с некротическим энтероколитом отмечалось достоверное повышение TNF- $\alpha$  ( $48,4 \pm 0,6$ ) и IL-6 ( $30 \pm 0,8$ ) и менее выраженное повышение IL- $1\beta$  ( $1,99 \pm 0,07$ ).

**Заключение.** Наше исследование показывает, что развитие клинико-эхографической картины некротического энтероколита сопровождается значительным дисбалансом воспалительных цитокинов.



## МОЧЕВЫЕ МАРКЕРЫ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Насташева Т.Л., Хан А.В., Волосовец Г.Г., Чичуга Е.М., Николаев А.О.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Российская Федерация

**Актуальность.** Повреждение почек при ожирении может развиваться незаметно, без клинических симптомов. Новые мочевые маркеры заболеваний почек могут отреагировать на почечное повреждение раньше, чем традиционные (креатинин, мочевины, протеинурия, артериальная гипертензия и пр.).

**Цель исследования.** Выявление диагностической ценности исследования мочевых маркеров почечного повреждения (KIM-1, NGAL, IL-18,  $\beta$ 2-m) у детей при заболеваниях почек, в том числе протекающих на фоне ожирения.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 78 детей с заболеваниями почек в возрасте от 7 до 15 лет: 40 детей с нормальной массой тела и 38 пациентов с ожирением. Заболевания почек были как гломерулярной, так и негломерулярной этиологии (в том числе инфекционной). У всех детей были исследованы мочевые маркеры повреждения почек: KIM-1, NGAL, IL-18,  $\beta$ 2-m; сравнена концентрация изучаемых маркеров в моче в двух группах детей. Кроме того, сравнивались и так называемые «нормированные» их показатели, т.е. по отношению к креатинину мочи.

**Результаты.** Установлены статистически значимые различия по уровню KIM-1 у детей с заболеваниями почек на фоне нормальной массы тела и с заболеваниями почек на фоне ожирения. В группе детей с заболеваниями почек на фоне ожирения он имел более высокие значения — 2444 пг/мл [1381; 3077] по сравнению с его уровнем в группе детей с заболеваниями почек без ожирения — 1419,25 пг/мл [993; 1888] (у здоровых данные значения составляли 162,35 пг/мл [95,18; 257,55]). Концентрация NGAL, IL-18 и  $\beta$ 2-m в моче была близкой по значению в обеих группах детей. При анализе «нормированных» показателей всех маркеров (по отношению к креатинину мочи) результаты оказались следующими: «нормированные» значения всех четырех мочевых маркеров были несколько выше в группе детей с заболеваниями почек на фоне ожирения, но достоверность сохранялась только для маркера KIM-1. При корреляционном анализе различных показателей в двух исследуемых группах были выявлены значимые связи между показателями массы тела и концентрацией NGAL мочи, причем в обеих группах пациентов.

**Заключение.** Определение мочевого маркера KIM-1 может иметь практическое значение для диагностики почечного повреждения у детей, имеющих заболевания почек на фоне ожирения. Суждение о значимости других мочевых маркеров почечного повреждения при ожирении (NGAL, IL-18,  $\beta$ 2-m) требует продолжения исследований. Установленные значимые корреляционные связи маркера NGAL с показателями массы тела могут свидетельствовать о диагностическом значении NGAL при ожирении у детей.



## ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Науменко М.Л.

*ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет,  
Волгоград, Российская Федерация*

**Актуальность.** В разных странах мира аллергическим ринитом (АР) страдают более 40% населения, в России — 10–24% населения. АР является одним из наиболее частых аллергических заболеваний, с которым жители Волгоградского региона обращаются к врачам амбулаторного звена.

**Цель исследования.** Оценить структуру обращаемости педиатрической группы пациентов с АР к врачам разных профилей и установить тенденции фармакотерапии данного заболевания.

**Пациенты и методы.** Проанализированы данные ТФОМС Волгоградской области о количестве первичных и повторных обращений пациентов в возрасте до 18 лет с диагнозом АР (J30.1, J30.2, J30.3, J30.4) в учреждения амбулаторного звена в течение 2019–2020 гг.; проведена оценка структуры обращаемости пациентов к специалистам разных профилей. Анализ фармакотерапии АР выполнен в соответствии с международными рекомендациями ARIA-2019.

**Результаты.** Число первичных обращений пациентов с диагнозом АР в течение 2019–2020 гг. составило 22 527 случаев. Среди них 50% (11 269/22 527) пациентов впервые выставлен данный диагноз врачами аллергологами-иммунологами; оториноларингологами и педиатрами — в 27,2% (6127/22 527) и 22,8% (2278/22 527) случаев соответственно.

Повторных обращений пациентов зарегистрировано 8491 случаев (37,7% от числа первичных обращений). Последующим контролем АР занимаются аллергологи-иммунологи в 85% (7218/8491) случаев. Повторных обращений к оториноларингологам — 7,2% (613/8491); к педиатрам — 7,8% (661/8491).

Наиболее часто назначаемыми препаратами для лечения АР являются антигистаминные препараты (АГП) — 91,6% пациентов. Среди АГП преимущественно назначались АГП II поколения — в 83,3% случаев, в то же время АГП I поколения назначались в 13,3% случаев. Вторыми по частоте назначений являются ингаляционные глюкокортикостероиды (иГКС) — 86,6% пациентов. Антилейкотриеновые препараты были назначены 23,3% пациентов; кромоны — 4,4% пациентов с АР.

**Заключение.** Фармакотерапия АР врачами аллергологами-иммунологами, оториноларингологами и педиатрами преимущественно осуществляется в соответствии с международными рекомендациями. Отмечается низкая (менее 40%) повторная обращаемость пациентов с АР к специалистам амбулаторного звена.



## МОЧЕВЫЕ МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК KIM-1, NGAL И IL-18 У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Николаев А.О., Насташева Т.Л., Чичуга Е.М., Гурович О.В.,  
Кондратьева И.В., Волосовец Г.Г.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет  
им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Российская Федерация

**Актуальность.** Поиск новых ранних маркеров повреждения почек у детей с сахарным диабетом (СД) 1-го типа является принципиально важным для профилактики развития и прогрессирования хронической болезни почек.

**Цель исследования.** Определить диагностическое значение новых мочевых маркеров повреждения почек у детей с СД 1-го типа.

**Пациенты и методы.** Работа проведена на базе эндокринологического отделения БУЗ ВО ВОДКБ № 1 г. Воронежа в 2020–2021 гг. Всего обследован 71 ребенок с диагнозом СД 1-го типа. Определены уровни KIM-1, NGAL и IL-18 в моче. У всех детей исключены заболевания почек и мочевых путей. Контрольная группа включала 50 условно здоровых детей аналогичного возраста. Статистический анализ проводился с помощью программы STATISTICA 6.0 по общепринятым методикам вариационной статистики.

**Результаты.** Статистически значимо выше у детей с СД по сравнению с группой контроля были уровни KIM-1 (474,2 [314,7; 785,2] и 154,8 [97,7; 240,2],  $p = 0,0000001$ ), NGAL (0,55 [0,15; 1,69] и 0,23 [0,04; 1,19],  $p = 0,03$ ), IL-18 (74,9 [53,3; 113,6] и 56,8 [42,5; 69,37],  $p = 0,0005$ ). Для оценки диагностической значимости исследуемых маркеров выделены группы детей с впервые выявленным СД, со стажем < 36 мес, 36–60 мес и > 60 мес. Статистическую значимость по сравнению с группой контроля показали: KIM-1 при впервые выявленном СД (364,7 [230,7; 601,9],  $p = 0,001$ ), при стаже < 36 мес (468,2 [369,9; 681,5],  $p = 0,00001$ ), 36–60 мес (461,0 [310,7; 656,4],  $p = 0,00002$ ) и > 60 мес (640,3 [440,1; 952,7],  $p = 0,0000001$ ); NGAL — при стаже 36–60 мес (0,58 [0,16; 5,01],  $p = 0,04$ ) и > 60 мес (0,55 [0,23; 2,09],  $p = 0,02$ ); IL-18 при впервые выявленном СД (103,3 [66,5; 128,6],  $p = 0,006$ ), стаже 36–60 мес (77,7 [60,6; 108,4],  $p = 0,007$ ) и > 60 мес (77,6 [59,5; 113,6],  $p = 0,0003$ ).

**Заключение.** Маркеры повреждения почек KIM-1, NGAL, IL-18 в моче выше у детей с сахарным диабетом 1-го типа по сравнению со здоровыми детьми. Повышение данных маркеров при стаже СД 1-го типа до 3 лет может отражать функциональные изменения в канальцевой системе почек. Требуется дальнейшие исследования по диагностической значимости данных маркеров мочи при СД 1-го типа.

## МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, И ИХ ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА: ОТЧЕТ О РАБОТЕ ЗА 2021 Г.

Николаева К.И., Савченко Н.В., Уфимцева М.А., Сабитов А.У.,  
Ворошила Е.С., Подымова А.С.

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

**Актуальность.** Исследования, посвященные изучению распространенности дерматозов у ВИЧ-инфицированных детей, указывают на высокий уровень встречаемости вирусных, грибковых и бактериальных инфекций кожи по сравнению с ВИЧ-отрицательными детьми. Аллергические заболевания кожи недостаточно изучены в когорте ВИЧ-положительных детей.

**Цель исследования.** Разработка научно обоснованных рекомендаций, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи ВИЧ-положительным детям по профилю «дерматовенерология».

**Пациенты и методы.** Проведено клинико-инструментальное обследование ВИЧ-положительных ( $n = 71$ ) и ВИЧ-отрицательных ( $n = 40$ ) детей: оценка степени тяжести дерматозов, индексы SCORAD, SDASI, SALT, SCOREPI, DASI, ИОТМЭ, PASI; инструментальное обследование: цифровая дерматоскопия, трихоскопия кожи (дерматоскоп трихоскоп Aramo ASW 103); лабораторные исследования: микробиота кожи (ДНК смывов с кожи, ПЦР real time («ДНК-Технология», Россия); иммунный статус (вирусная нагрузка (копий/мл), количество CD4+ клеток (кл/мл) ВИЧ-положительных детей ( $n = 71$ ).

### Результаты.

1. Заболевания кожи выявлены у 32 (45,0%) ВИЧ-положительных детей, из них неинфекционные дерматозы зарегистрированы у 15 (21,1%) детей (атопический дерматит — 21,9%, себорейный дерматит — 12,5%), инфекционные дерматозы — у 23,9% детей (бактериальные — 25,0%, грибковые — 18,8% и вирусные заболевания — 9,4%). В сравнении с группой ВИЧ-отрицательных детей ( $n = 40$ ), где дерматозы были выявлены в 16 (40,0%), неинфекционные дерматозы — в 9 (22,5%), инфекционные — в 7 (17,5%) случаях.
2. В смывах с очагов поражения кожи у ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных детей были выявлены *Staphylococcus spp.* в 83,8 и 60,0%, *S. aureus* — в 37,5 и 18,1%, MRSA — в 40,0 и 0,0%, *Candida albicans* — в 31,5 и 5,0%, *Candida non-albicans* (*C. glabrata*, *C. krusei*, *C. tropicalis*) в — 37,5 и 2,3%, *Saccharomyces cerevisiae* — в 48,0 и 12,5%, *Malassezia spp.* — в 44,0 и 15,0% случаев соответственно.
3. Неопределяемая вирусная нагрузка достигнута у 91,5% детей, получающих АРВТ в течение 24 нед и более. Отсутствие иммунодефицита — у 76,1% детей; умеренный иммунодефицит — у 4,2%, тяжелый иммунодефицит — у 19,7% детей.
4. Разработан мобильный сервис для сопровождения ВИЧ-положительных детей, проработаны вопросы адаптации под потребности целевой аудитории с детским психологом.

**Заключение.** 1. ВИЧ-положительные дети с более низким показателями вирусной нагрузки и количества CD4-клеток подвергаются повышенному риску инфицирования грибами рода *Candida*, *S. aureus* и MRSA. АтД развивается на фоне ВИЧ-ассоциированного ксероза, гиперколонизации кожи *S. aureus*, что указывает на необходимость дифференцированного подхода при выборе тактики ведения пациентов с дерматозами. 2. Создан мобильный сервис, который позволяет рассчитать риск развития инфекционных заболеваний кожи, тактику ведения, проработаны вопросы адаптации мобильного приложения под потребности целевой аудитории с детским психологом.



## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ СПОРТСМЕНОВ — ЧЛЕНОВ СБОРНЫХ СПОРТИВНЫХ КОМАНД РОССИИ

Окороков П.Л., Аксенова Н.В., Столярова С.А., Бабаева Е.В., Исаева Е.П.

*Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России, Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Ожирение занимает второе место в структуре эндокринной патологии у несовершеннолетних высококвалифицированных спортсменов после заболеваний щитовидной железы, но встречается в три раза реже по сравнению с общероссийской педиатрической популяцией. Наличие избыточной массы тела и ожирения в детском возрасте ассоциировано с различными метаболическими нарушениями, повышением частоты артериальной гипертензии и неалкогольной жировой болезни печени, а также устойчивым трекингом ожирения и его осложнений.

**Цель исследования.** Оценить распространенность избыточной массы тела и ожирения у несовершеннолетних спортсменов высшей спортивной квалификации, членов сборных команд России, в зависимости от вида спорта.

**Пациенты и методы.** Проанализированы данные 2550 амбулаторных карт несовершеннолетних спортсменов — членов сборных спортивных команд Российской Федерации (1484 юноши; 1066 девушки) в возрасте от 11 до 17 лет по 34 видам спорта, прошедших углубленное медицинское обследование (УМО) в соответствии с действующим в 2020 г. приказом Минздрава России № 134н. Оценка наличия избыточной массы тела и ожирения проводилась согласно рекомендациям ВОЗ: при значении SDS ИМТ > 1.0 диагностировалась избыточная масса тела; при SDS ИМТ ≥ 2.0 — ожирение.

Все обследованные спортсмены были разделены на 6 групп, выделенных на основе общих закономерностей тренировочной и соревновательной деятельности в отдельных видах спорта: игровые виды спорта, спортивные единоборства, спортивные многоборья, сложно-координационные, скоростно-силовые и циклические виды спорта. В отдельную группу были выделены спортсмены стрелковых видов спорта в связи с высокой частотой ожирения и избыточной массой тела.

**Результаты.** Частота ожирения у несовершеннолетних высококвалифицированных спортсменов составляет 3,1%, избыточная масса тела — 12,8%.

При оценке в зависимости от пола продемонстрировано, что избыточная масса тела (16,44% vs 7,78%) и ожирение (4,24% vs 1,5%) чаще встречаются у юношей по сравнению с девушками ( $p < 0,01$ ). При оценке в зависимости от характера спортивной деятельности выявлено, что наиболее часто ожирение диагностируется у несовершеннолетних спортсменов, занимающихся стрельбой из лука и стендовой стрельбой (у 20%), тяжелой атлетикой (у 14,7%), спортивными единоборствами (у 6,4%) и нехарактерно для представителей циклических, игровых видов спорта и различных видов спортивного многоборья (менее 1%).

**Заключение.** Избыточная масса тела выявляется у 12,8%, а ожирение — у 3,1% несовершеннолетних спортсменов — членов сборных спортивных команд России и встречается в 2 раза чаще у юношей по сравнению с девушками. Выявлены ассоциации отдельных видов спорта с повышенной частотой ожирения и избыточной массой тела. В этой связи необходима разработка персонализированных программ коррекции нутритивного статуса несовершеннолетних спортсменов для снижения выраженности ожирения, профилактики развития его осложнений, в том числе гипертензивных реакций, характерных для данного контингента.

Учитывая высокий процент несовершеннолетних спортсменов с избыточной массой тела, необходимы дальнейшие исследования с проведением биоимпедансного анализа для определения особенностей композиционного состава тела в отдельных видах спорта и стратификации метаболических рисков, ассоциированных с ожирением.





## ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТАВА ТЕЛА И ЭХОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНИ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ПОДРОСТКОВ

Олейник О.А., Самойлова Ю.Г., Саган Е.В., Матвеева М.В.,  
Подчиненова Д.В., Коваренко М.А., Захарчук П.И., Япрынцева М.Д.

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Российская Федерация

**Актуальность.** Несмотря на то, что детское ожирение является всемирной эпидемической проблемой и его распространенность со временем возрастает, сегодня не существует единых стандартных критериев для оценки состава тела при ожирении среди детей и подростков с последующим использованием этой информации с целью коррекции заболевания.

**Цель исследования.** Изучить особенности состава тела и эхоскопические характеристики печени при ожирении у подростков.

**Пациенты и методы.** Основную группу научного исследования составили 74 ребенка в возрасте 12,1 [10,8; 14,6] года, страдающих ожирением 2–3-й степени с SDS ИМТ 2,9 (2,4; 3,4). Группу контроля составили 44 условно здоровых подростка без острых и тяжелых хронических заболеваний с нормальной массой тела (SDS ИМТ  $\leq 1,0$ ), сопоставимые по полу и стадии полового развития. Всем был проведен комплекс обследования, включавший антропометрию и анализ состава тела при помощи аппарата Inbody 770.

**Результаты.** Площадь висцерального жира (VFA (Visceral Fat Area)) была выше у детей с ожирением — 159 (125,5; 195,9) по сравнению с группой контроля — 27,5 (22,5 38,2),  $p < 0,00$ . Абсолютное (BFM (Body Fat Mass)) было значительно выше у детей основной группы — 31,8 кг (24,7; 40,3) по сравнению с группой контроля — 7,0 кг (5,6; 11,7),  $p < 0,001$ . Процентное содержание жировой ткани (PBF (Percent Body Fat)) также было повышено в группе детей с ожирением — 43,3% (39,5; 46,3),  $p < 0,001$ . BMI (Body Mass Index) был также повышен в основной группе и составил 29 (25,9; 33,6) по сравнению с группой контроля — 19,2 (16,4; 20,6),  $p < 0,001$ .

Оценка мышечной ткани по критерию «активная масса клеток» (SMM (Skeletal Muscle Mass)) достоверно между группами не отличалась, а тощая масса и распределение ее по сегментам (SLM (Soft Lean Mass)) были выше у детей с ожирением — 40,9 (32,5; 51,1) по сравнению с детьми с нормальной массой тела — 32,3 (26,0; 42,1). В основной группе отмечалось увеличение содержания общей воды в организме — 31,8 л (25,3; 39,8) по сравнению с группой контроля — 25,1 л (20,3; 32,8) и увеличение внутриклеточной воды у детей с ожирением — 19,75 л (15,53; 24,65) по сравнению с детьми с нормальной массой тела — 14,2 л (10,1; 20,3).

При проведении УЗИ получены данные о гепатомегалии у пациентов основной группы по сравнению с контролем: КВР (косой-вертикальный размер печени) — 127 мм (121,75; 140,75) и 120 мм (114; 122),  $p = 0,003$ , толщина правой доли печени (толщина ПД) — 110 (85,5; 117,8) и 75 (57; 84),  $p = 0,001$ .

**Заключение.** 1. Несмотря на достоверное увеличение площади висцерального жира, абсолютного и процентного содержания жировой ткани, дети с ожирением не имели дефицита мышечной ткани, но отмечались признаки избыточной задержки жидкости в организме, что может быть дополнительной точкой приложения для воздействия в виде адекватно подобранной двигательной активности для снижения жировой ткани. 2. Изменения состава тела сопровождались регистрацией эхоскопических признаков гепатомегалии достоверно чаще у подростков с ожирением.



## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Орел В.И., Рослова З.А., Ким А.В., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л.

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

**Актуальность.** В федеральном законе № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» среди основных принципов охраны здоровья закреплён приоритет профилактики, который обеспечивается комплексом мероприятий по сохранению и укреплению здоровья.

**Цель исследования.** Определить основные группы проблем при организации и проведении профилактической деятельности в сфере охраны здоровья детского населения 0–17 лет.

**Пациенты и методы.** Проанализированы нормативно-правовые документы, касающиеся организации и проведения профилактической медицинской помощи детям, статистические данные Санкт-Петербургского медицинского информационно-аналитического центра по укомплектованности врачами-педиатрами и врачами-специалистами отделений, оказывающих медицинскую помощь несовершеннолетним в образовательных организациях (ОМПНОО), а также подростковых врачей.

**Результаты.** Можно выделить пять групп проблем медицинской профилактики в сфере детского здравоохранения.

1. Организационные. Это вопросы межведомственного взаимодействия, в частности с образовательными организациями, по проведению профилактических осмотров несовершеннолетних, а также внутриведомственного взаимодействия при передаче информации о подростках от специалистов подростковому врачу.
2. Ресурсное обеспечение. В Санкт-Петербурге дефицит врачей-педиатров ОМПНОО составляет 13%; врачей-специалистов — 55,2%, врачей подростковых в учреждениях среднего профессионального образования — 21,0%. Помимо кадрового дефицита, отмечается и недостаточное финансирование этих отделений.
3. Образовательные. В образовательных программах додипломного и последипломного образования практически не уделяется внимания вопросам организации и проведения профилактической работы среди детского населения.
4. Мотивационные. Отсутствие у части родителей и подростков 15–17 лет потребности в прохождении профилактических медицинских осмотров, за медицинской помощью они обращаются только в случае острого заболевания.
5. Несостоятельность нормативно-правовой базы. Нет единой методологии по проведению профилактических мероприятий среди несовершеннолетних.

**Заключение.** Для решения проблем медицинской профилактики у детей необходимо: наладить систему внутри- и межведомственного взаимодействия между участниками, ответственными за организацию и проведение профилактических мероприятий у несовершеннолетних; привести кадровые, финансовые и прочие ресурсы в соответствие с потребностями детского населения; внести в образовательные программы вопросы медицинской профилактики; проводить работу по повышению мотивации на сохранение и укрепление здоровья; выработать единые стандарты профилактической работы среди несовершеннолетних.



## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

**Орел В.И., Ким А.В., Середа В.М., Меньшакова И.В., Гурьева Н.А.,  
Шарафутдинова Л.Л., Смирнова В.И., Ченцов Д.В.**

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

**Актуальность.** Организация оказания первичной медико-санитарной помощи детям 0–17 лет в период обучения и воспитания, прохождения ими медицинских осмотров и диспансеризации возложена на детские поликлиники, тогда как организация охраны их здоровья осуществляется образовательной организацией.

**Цель исследования.** Провести анализ состояния здоровья детей Санкт-Петербурга в 2018–2020 гг., оценить эффективность взаимодействия детских поликлиник и образовательных организаций при обеспечении профилактических осмотров детей.

**Пациенты и методы.** Проведена оценка результатов профилактических осмотров детей дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ), средних общеобразовательных школ (СОШ) и учреждений среднего профессионального образования (УСПО) в 2018–2020 гг.; взаимодействия отделений медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях (ОМПНОО) и образовательных организаций при проведении профосмотров; обеспеченности врачевными кадрами; влияния факторов образовательной среды на здоровье ребенка.

**Результаты.** В 2020 г. в Санкт-Петербурге насчитывается 1053 дошкольных образовательных учреждения (посещают 279 287 ребенка), 687 СОШ, где обучаются 518 334 школьника, и 46 учреждений среднего профессионального образования, подчиненных Комитету по образованию Санкт-Петербурга, где получают среднее специальное образование 22 456 подростков. Укомплектованность врачами-педиатрами ОМПНОО в 2020 г. — 87%; врачами-специалистами — 44,8%. Укомплектованность врачами подростковыми в (УСПО) составляет 79%. Число школьников, подлежащих профилактическим осмотрам в 2020 г., на 7,6% меньше, чем в 2019 г., прошли профилактические осмотры на 8,5% учащихся меньше, чем в 2019 г. По результатам 1-го этапа профилактических осмотров при распределении детей по группам здоровья как в 2019, так и в 2020 г. самой многочисленной является 2-я группа здоровья. Регистрируется рост числа детей, отнесенных к 5-й группе, на 8,5% по сравнению с 2019 г. Такая же тенденция прослеживается в отношении учащихся УСПО. Отмечена общая тенденция по ухудшению состояния здоровья детей, обучающихся в СОШ и УСПО по сравнению с ДОУ.

**Заключение.** 1. Выявлены проблемы организационного характера и нормативной базы, несогласованность в действиях ведомств образования и здравоохранения, недостаток средств в образовательных организациях, отсутствие достаточного количества медицинских работников. 2. Отсутствуют система и нормативное обеспечение межведомственного взаимодействия. 3. Условия работы медицинского персонала в образовательных организациях неудовлетворительные. 4. Недостаточное финансирование деятельности ОМПНОО.



## НЕОБХОДИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К СОПРОВОЖДЕНИЮ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ БЕРЕМЕННЫХ

**Орел В.И., Ипполитова М.Ф., Ким А.В., Гурьева Н.А., Смирнова В.И.,  
Шарафутдинова Л.Л.**

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

**Актуальность.** Одной из важных задач здравоохранения является создание современной инфраструктуры медицинской помощи детям, основанной на комплексном подходе, включающем решение не только конкретных медицинских вопросов, но и социальных, психологических, правовых.

**Цель исследования.** Выявить, почему несовершеннолетние беременные делают аборт. Сравнить долю абортов до и после введения социального сопровождения в Городском центре охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента».

**Пациенты и методы.** Проанализированы статистические данные СПбГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента» о количестве несовершеннолетних беременных, наблюдаемых в центре за 2018–2020 гг., об исходах беременности у них. С помощью социологического метода выявлены причины, по которым несовершеннолетние беременные сделали аборт или отказались от новорожденного.

**Результаты.** Под наблюдением в Городском центре охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента» в 2018–2020 гг. находились 686 несовершеннолетних беременных, из них только у 35,3% беременность была желанной. Приняла решение сделать аборт 391 девушка (57,0%), аборт по медицинским показаниям проведен 50 беременным (7,3%), в 6 случаях (0,9%) произошел самопроизвольный выкидыш, отказов от новорожденных не было. По результатам анкетирования беременных, основной причиной выбора в пользу аборта явилось отсутствие поддержки партнера (47,9%), далее следовали причины социального характера (плохое материальное положение, сложные жилищно-бытовые условия) (26,1%), из-за перспектив в учебе, спорте и карьере сделали аборт 12,6% девушек, из-за отсутствия поддержки и понимания семьи — 7,5%.

В рамках комплексного подхода с 2020 г. осуществляется социальное сопровождение несовершеннолетних беременных, которое призвано увеличить возможность максимальной активизации ресурсов для сохранения беременности. В результате в 2020 г. по сравнению с 2018 и 2019 г. доля абортов снизилась на 20,5 и 24,9% соответственно.

**Заключение.** У 65% несовершеннолетних девушек беременность была нежеланной. Из числа несовершеннолетних беременных больше половины решают делать аборт. Ведущей причиной этого решения является разрыв отношений с партнером, отсутствие у него желания и возможности помогать в воспитании ребенка, вступать в брак. Каждая четвертая девушка сделала аборт из-за социальной неустроенности. Привлечение специалиста по социальной работе к сопровождению несовершеннолетних беременных способствовало снижению числа абортов.



## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Орел В.И., Гурьева Н.А., Смирнова В.И., Затулкин В.А.

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

**Актуальность.** С возрастающей потребностью в оказании стоматологической помощи детскому населению, но при этом без изменения ресурсного обеспечения необходим поиск новых организационных технологий в деятельности стоматологической организации для повышения качества медицинской помощи и удовлетворенности пациента.

**Цель исследования.** Определение организационных проблем с позиции пациентов, законных представителей детей до 15 лет и медицинского персонала, а также возможности применения технологий бережливого производства для совершенствования работы детской стоматологической поликлиники.

**Пациенты и методы.** Проанализированы результаты социологического исследования пациентов, законных представителей детей до 15 лет (157 человек) и медицинского персонала (55 сотрудников) одной из детских стоматологических поликлиник в Санкт-Петербурге. Анкетирование проводилось анонимно. Выявление временных потерь при обращении пациентов за медицинской помощью в стоматологическую поликлинику определялось с помощью хронометражного исследования затрат времени пациентов при нахождении в поликлинике.

**Результаты.** При оценке данных анкетирования пациентов и законных представителей детей до 15 лет было выявлено, что 65,0% в целом были удовлетворены обслуживанием в данной поликлинике. Однако 40,8% респондентов отметили недостаточное количество указателей для удобного перемещения по поликлинике. Также много нареканий было на сложность записи на прием (62,4% пациентов). Анкетирование сотрудников показало, что 80,0% врачей считают основной проблемой при приеме пациента большие временные затраты на оформление медицинской документации на бумажных носителях. В начале исследования текущее состояние временных затрат посетителей в регистратуре составляло 15–20 мин, что, по данным анкетирования, отрицательно сказывалось на настроении пациентов и их мнении о поликлинике. По данным хронометражного исследования рабочего процесса врача-стоматолога детского можно утверждать, что максимальная часть затрат рабочего времени на непосредственное оказание пациенту медицинской помощи с конкретным заболеванием в среднем составляет  $39,3 \pm 2,8$  мин, работа по заполнению медицинской документации составляет  $13,5 \pm 2,3$  мин, в итоге в среднем на одного пациента врач тратит  $52,8 \pm 5,1$  мин, что способствует формированию очереди в коридоре перед кабинетом.

**Заключение.** Таким образом, анализ результатов исследования дал возможность выявить наиболее важные организационные проблемы, с которыми сталкивается стоматологическая поликлиника. Решение данных проблем с целью улучшения деятельности медицинской организации и совершенствования существующих процессов должно базироваться на эффективном использовании имеющихся ресурсов системы здравоохранения и критериях новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Достичь этого возможно с помощью применения концепции бережливого производства.



## ПРИМЕНЕНИЕ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Орел В.И., Смирнова В.И., Ченцов Д.В., Разгуляева Д.Н.

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

**Актуальность.** Устойчивая тенденция к росту заболеваемости и распространенности хронических патологий определяет необходимость применения бережливых технологий в организации профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья детского населения.

**Цель исследования.** Анализ применения бережливых технологий в процессе организации проведения профилактического медицинского осмотра пациентов в возрасте 12 мес в детских поликлиниках Санкт-Петербурга.

**Пациенты и методы.** В ходе проведенного исследования были выявлены следующие организационные проблемы: длительность прохождения полного цикла мероприятий профилактического осмотра, нерациональное расположение кабинетов и лишние перемещения в медицинской организации.

В рамках работы по выявлению проблем и коренных причин применялись инструменты бережливо-го производства: картирование, хронометраж, диаграмма спагетти, 5 почему, стандартизация, диаграмма Ямазуми, 5С.

**Результаты.** В поликлиниках были реализованы следующие мероприятия по устранению выявленных проблем: организована маршрутизация и наглядная навигация; внедрена система автоматического оформления маршрутного листа для пациентов с указанием даты и времени приема; реализованы технологии прохождения профилактического осмотра «Карусель» и «Лесенка»; кабинеты врачей-специалистов были оптимально размещены отдельным компактным блоком; усовершенствовано информирование и приглашение на профилактический осмотр посредством современных технологий связи. Данные мероприятия помогли сократить количество визитов в поликлинику при прохождении профилактического медицинского осмотра с 6 до 2 визитов, сократить время пребывания в медицинской организации при профосмотре с 5 до 2 ч, увеличить количество принятых пациентов в возрасте 12 мес, подлежащих профосмотру с 16 до 32 человек в смену, повысить удовлетворенность родителей процессом прохождения профилактического осмотра детей в возрасте 12 мес до 100%. Для оценки и мониторинга достигнутых результатов внедрены аудит и анкетирование родителей.

**Заключение.** Таким образом, применение бережливых технологий позволило обеспечить повышение производительности и эффективности работы персонала, обеспечить эффективное и рациональное использование ресурсов медицинской организации, повысить доступность и качество, а также удовлетворенность родителей процессом организации проведения профилактического медицинского осмотра пациентов в возрасте 12 мес в детских поликлиниках Санкт-Петербурга.



## СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Орел В.И., Ким А.В., Антипов М.С., Орлов Е.Е., Гурьева Н.А.,  
Шарафутдинова Л.Л., Ченцов Д.В., Катаева И.С.

*ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) — основа системы оказания медицинской помощи. Проблемы в оказании ПМСП, обусловленные несовершенным нормативно-правовым регулированием, вызывают затруднения в функционировании системы ПМСП.

**Цель исследования.** Провести анализ нормативно-правовой базы системы оказания ПМСП детям, исходя из текущего состояния здоровья детского населения, заявляемых задач при функционировании такой системы и ее ресурсного обеспечения.

**Пациенты и методы.** Проведенный анализ заболеваемости, профилактических осмотров детей и подростков позволил разработать математическую модель расчета трудозатрат на выполнение функций участкового врача-педиатра, врачей-специалистов поликлиники по выполнению основных функций, проанализирован порядок внутреннего и внешнего взаимодействия служб, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению 0–17 лет.

**Результаты.** Оказание ПМСП в Российской Федерации регламентировано рядом нормативно-правовых документов (более 20 документов по различным видам деятельности). В детской поликлинике выделяются два направления оказания ПМСП: оказание ПМСП прикрепленному детскому населению (территориальный принцип) и оказание ПМСП несовершеннолетним, обучающимся в образовательных организациях.

Математическая модель расчета трудозатрат показала, что при норме часов (1664,9) участкового врача-педиатра в год временные затраты на амбулаторный прием составят: 279,7 ч (только острая патология) + 345 ч (диспансерное наблюдение) + 422,4 ч (осмотры перед прививкой) — 1047 ч/год. Нормативное время амбулаторного приема составляет 651 ч/год, т.е. в 1,6 раза меньше требуемого. Время, затрачиваемое на выполнение квартирных вызовов, превышает плановую нормативную нагрузку на 13,2%. Дефицит времени на выполнение основных функций имеется у врача-невролога, офтальмолога.

**Заключение.** 1. Малоэффективное нормативно-правовое регулирование создает диссонанс на уровне первичной медико-санитарной помощи. 2. Ресурсное обеспечение, в первую очередь организационное и кадровое, не обеспечивает потребности направлений деятельности. 3. Необходима ревизия отраслевых нормативно-правовых актов по нормированию деятельности с учетом реальных запросов и потребностей. 3. Необходимо нормативное, методическое и методологическое обеспечение деятельности детской поликлиники.

## СИСТЕМА ОПЛАТЫ ТРУДА КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Орел В.И., Ким А.В., Шарафутдинова Л.Л., Смирнова В.И.,  
Антипов М.С., Сочкова Л.В.

*ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) — важнейшее звено системы здравоохранения, основа системы оказания медицинской помощи. Качество ПМСП зависит в том числе от наличия квалифицированных кадров, привлекаемых достойной заработной платой.

**Цель исследования.** Провести анализ системы оплаты труда в городской поликлинике, предложить изменения системы оплаты труда на примере Межрайонной централизованной клинко-диагностической лаборатории.

**Пациенты и методы.** Разработаны нормы труда для Межрайонной централизованной клинко-диагностической лаборатории в соответствии с достигнутым уровнем техники, технологии, организации производства и труда (расчетные нормы времени неизменны с 1997 г.). Разработаны технологические карты, проведен хронометраж трудовых затрат на каждую операцию, выполняемую разными работниками по всем видам лабораторных исследований — от приема биоматериала до выдачи результатов исследований.

**Результаты.** Межрайонная централизованная клинко-диагностическая лаборатория поликлиники, оснащенная современным оборудованием, выполнила в 2020 г. 11145872 исследования, среди которых общеклинические, биохимические, иммунологические исследования, проводятся исследования гемостаза, цитологические и серологические исследования, ПЦР-диагностика. Разработанные в поликлинике 26 технологических карт включают в себя все операционные процедуры с начала дня, выполнения исследований и завершения работы для разных видов исследований и оборудования. На их основании разработаны листы хронометражных замеров (от 20 до 25 замеров) на каждую операцию. Учитывалось время работы только по проведению лабораторных исследований, которое составляет у специалистов с высшим образованием 75% и у специалистов со средним образованием — 80% рабочего времени. Стимулирующие выплаты распределяются на основании балльной оценки двухуровневой комиссией. Проведенное анонимное анкетирование сотрудников лаборатории показало, что 99% удовлетворены получаемой заработной платой, укомплектованность кадрами возросла с 78 до 92%.

**Заключение.** Нормирование — важнейший инструмент управления трудовыми ресурсами, дающий возможность решения актуальных управленческих задач, в том числе стимулирования работников.

Нормы труда могут быть пересмотрены по мере внедрения новой техники, технологии и проведения организационных либо иных мероприятий, обеспечивающих рост производительности труда.

Работникам гарантируется применение систем нормирования труда, определяемых работодателем с учетом мнения профсоюзной организации и устанавливаемых коллективным договором.

## ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Остапчик Н.П.

*ГБУЗ ИГОДКБ, Иркутск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Ожирение — один из основных факторов роста развития заболеваний различных органов и систем. Исследованиями доказано, что дети и подростки с ожирением, вероятнее всего, сохраняют избыточный вес во взрослом возрасте.

**Цель исследования.** Прогнозирование у детей и подростков конституционально-экзогенного ожирения 2-й степени, 3-й степени, морбидного ожирения.

**Пациенты и методы.** Для прогнозирования течения ожирения рассматривались уровень инсулина в крови, результаты перорального глюкозо-толерантного теста (ПГТТ), анамнез. Обследованы 62 пациента (36 мальчиков, 26 девочек) в возрасте от 6 до 18 лет.

**Результаты.** Из числа обследованных с ожирением 2-й степени было 29 (47%) детей: мальчиков — 17 (58,6%), девочек — 12 (41,4%), 3-й степени — 22 (35%) ребенка: мальчиков — 12 (54,5%), девочек — 10 (45,5%), с морбидным ожирением — 11 (18%) детей: мальчиков 7 (63,6%), девочек 4 (36,4%). В анамнезе у 62 (100%) детей питание гиперкалорийное. Пациенты ведут малоподвижный образ жизни, ранее непродолжительно спортом (до 3 лет) занимались только 6 (9,6%) детей. Наследственность отягощена по ожирению у 62 (100%) детей, по сахарному диабету — у 13 (20,9%). Уровень инсулина в крови у 27 (43,2%) детей (мальчиков — 15 (24,1%), девочек — 12 (19,3%)) выше референсных значений. Среди этих детей у 6 (22, 2%) наследственность отягощена по сахарному диабету. У 2 детей с ожирением 2-й степени при проведении ПГТТ уровень глюкозы в крови через 2 ч после углеводной нагрузки 7,8 ммоль/л и более 7,8 ммоль/л. У 1 девочки с повышенным уровнем инсулина в крови были отклонения в результатах ПГТТ и отягощен анамнез по сахарному диабету — выставлен диагноз «сахарный диабет 2-го типа».

**Заключение.** Полученные результаты обследования детей и подростков показали необходимость своевременного проведения профилактических и лечебных мероприятий, внедрения как можно с более раннего возраста формирования правильных стереотипов питания, увеличения физической нагрузки на всю последующую жизнь.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ГЕМОСИДЕРОЗА ЛЕГКИХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Павлинова Е.Б.<sup>1</sup>, Сафонова Т.И.<sup>2</sup>, Киршина И.А.<sup>1</sup>, Корнеева Т.Ю.<sup>2</sup>,  
Басюкова Н.А.<sup>2</sup>, Шевлякова А.А.<sup>2</sup>, Мингаирова А.Г.<sup>1</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

**Актуальность.** Идиопатический гемосидероз легких (ИГЛ) — редкое заболевание легких неустановленной этиологии, проявляющееся кровохарканьем, железодефицитной анемией (ЖДА) и легочными инфильтратами при рентгенологическом исследовании. Диагностический поиск нередко занимает несколько лет.

**Цель исследования.** Повышение осведомленности врачей в отношении редкой интерстициальной легочной патологии — ИГЛ.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ истории болезни пациентки Ф. 2016 г.р., включая данные анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования.

**Результаты.** Девочка от 1-й беременности, 1-х преждевременных родов в 34 нед. На первом году жизни перенесла раннюю анемию недоношенных, тяжелую ЖДА (9 мес). В 3 года 3 мес на фоне вирусной инфекции — подъем температуры до 39,0 °С, кашель с отхождением бурой мокроты и прожилок крови, одышка в покое — 44–48/мин, сатурация — 89%, при аускультации легких — выраженное ослабление дыхания, крепитация. При проведении рентгенографии органов грудной клетки — двусторонние инфильтративные тени в легких, лабораторно — снижение гемоглобина (Hb) до 42 г/л. Ребенок госпитализирован в реанимационное отделение БУЗОО ОДКБ с диагнозом: «Внебольничная пневмония. ЖДА тяжелая». Проведена трансфузия эритроцитарной массы, оксигенотерапия, антибактериальная терапия. При обследовании исключены муковисцидоз, онкологическая патология, туберкулезный процесс, ревматические заболевания, патология гемостаза. По данным компьютерной томографии во всех сегментах обоих легких определялись обширные очагово-сливные зоны альвеолярной консолидации легочной ткани. Выписана с улучшением с диагнозом «интерстициальная болезнь легких неуточненная». В дальнейшем наблюдалось постепенное нарастание тяжести ЖДА, несмотря на терапию препаратами железа, проводилась гемотрансфузия, дважды перенесла пневмонию. В возрасте 4 года 6 мес — госпитализация в пульмонологическое отделение БУЗОО ОДКБ с клиникой острой дыхательной недостаточности, кровохарканья, тяжелой гиперрегенераторной ЖДА. Предположен диагноз ИГЛ, с учетом интерстициального поражения легких по согласованию с ФГАУ НМИЦ здоровья детей Минздрава России начат курс терапии преднизолоном в дозе 1 мг/кг/сут с положительной динамикой. Ребенок направлен на плановую госпитализацию в ФГАУ НМИЦ здоровья детей Минздрава России, где по данным биопсии легкого диагноз ИГЛ был подтвержден. Дальнейшее течение заболевания характеризовалось рецидивами кровохарканья, легочных инфильтратов, нарастанием тяжести анемии при попытках снижения дозы преднизолона.

**Заключение.** ИГЛ требуется исключать у пациентов с рецидивирующим кровохарканьем, пневмонией или интерстициальным поражением легких, тяжелой анемией. На фоне терапии преднизолоном возможна стабилизация состояния больных.



## ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОДА ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СИНДРОМ ОЛИГУРИИ-ПОЛИУРИИ

Павличенко М.В.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества»  
Минздрав России, Екатеринбург, Российская Федерация

**Актуальность.** Фаза экстренной адаптации к внеутробной жизни представляют особую значимость для оценки общего состояния новорожденного, находится в зависимости от особенностей внутриутробного развития, родового акта, гестационного возраста, наличия многообразных перинатальных поражений.

**Цель исследования.** Выявить особенности периода острой респираторно-гемодинамической адаптации недоношенных новорожденных из монохориальных диамниотических двоен, перенесших синдром олигурии-полиурии.

**Пациенты и методы.** Основная группа: 80 недоношенных (28–34 нед гестации) новорожденных из монохориальных диамниотических двоен, перенесших синдром олигурии-полиурии с его внутриутробной хирургической коррекцией методом лазерной коагуляции плацентарных анастомозов в 24–26 нед гестации. Группа сравнения: 100 недоношенных новорожденных аналогичного срока гестации, развивавшихся в условиях неосложненного монохориального многоплодия. Проведена оценка параметров фазы экстренной адаптации.

**Результаты.** Все наблюдаемые дети, перенесшие синдром олигурии-полиурии, родились в тяжелом состоянии и имели достоверно более низкие показатели сатурации в первые 30 и 60 с жизни по отношению к группе сравнения: доноры —  $30,0 \pm 7,81\%$  ( $p < 0,001$ ) и  $41,0 \pm 11,43\%$  ( $p < 0,001$ ), реципиенты —  $35,0 \pm 9,45\%$  ( $p = 0,006$ ) и  $44,0 \pm 13,26\%$  ( $p = 0,06$ ), группа сравнения —  $40,0 \pm 7,58\%$  и  $48,0 \pm 7,15\%$ . Выявлены достоверные ( $p < 0,001$ ) различия суммы баллов по шкале APGAR на 1-й мин жизни: сумма 6 баллов и выше достоверно чаще отмечена у детей в группе сравнения (62%) по отношению к донорам (30%) и реципиентам (32,5%); 3 балла и ниже значительно ( $p < 0,001$ ) чаще зафиксирована у доноров (47,5%) по отношению к реципиентам (16%). Тяжелые дыхательные нарушения, потребовавшие протезирования функции дыхания, зафиксированы в группе новорожденных, перенесших СФФТ: доноры (45% — ИВЛ, 55% — ВНСРАР) и реципиенты (40% — ИВЛ, 55% — ВНСРАР). В группе сравнения 78% новорожденных нуждались в респираторной поддержке ВНСРАР. Выявлены достоверные различия показателей систолического АД ( $p = 0,004$ ) и среднего АД ( $p = 0,009$ ) между донорами ( $49,5 \pm 10,54$  мм рт. ст. и  $33,0 \pm 10,6$  мм рт. ст. соответственно) и реципиентами ( $61,0 \pm 10,76$  мм рт.ст. и  $38,0 \pm 8,71$  мм рт.ст. соответственно).

**Заключение.** Недоношенные новорожденные из монохориальных диамниотических двоен, перенесшие синдром олигурии-полиурии, имеют более тяжелое течение периода острой респираторно-гемодинамической адаптации, что требует дальнейшего углубленного анализа с целью своевременной дифференциальной диагностики с патологическими состояниями и снижения дальнейшей трансформации в заболевания. Доноры по сравнению с реципиентами представляют группу более высокого риска осложнений перинатального периода и формирования органических нарушений в дальнейшем.

## СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ ПОДРОСТКОВ К УПОТРЕБЛЕНИЮ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ

Павлова А.С., Шипкова М.Д., Усманова А.И.

*Казанский ГМУ, Казань, Республика Татарстан, Российская Федерация*

**Актуальность.** На сегодняшний день отмечается тенденция роста популярности употребления электронных сигарет (ЭС), особенно подростками. Этому способствуют в том числе и социальные факторы, которые на подростков оказывают максимальный эффект и в дальнейшем могут сформировать пристрастие к данным изделиям.

**Цель исследования.** Изучить особенности употребления подростками ЭС, выявить причины формирования данного социального поведения.

**Пациенты и методы.** Было проанкетировано 93 ребенка в возрасте от 12 до 18 лет (медиана — 15 лет, мода — 16 лет), употребляющих ЭС, определены наиболее значимые социальные факторы, приводящие подростков к употреблению ЭС.

**Результаты.** В ходе исследования гендерное распределение было следующим: мальчики — 72%, девочки — 28%. Регулярность употребления ЭС в 56% случаев — ежедневно, в 28% — 2–3 раза/нед, в 16% — 1 раз/нед. Стаж употребления у 74% респондентов составил более 6 месяцев (из них более 1 года — 43%). Целью употребления ЭС, по результатам опроса, у 56,6% опрошенных было желание приобщения к последним тенденциям; у 28,2% — для построения коммуникативных связей со сверстниками, у остальных — приятный вкус некоторых ЭС. Около 90% респондентов отметили наличие стрессового фактора в качестве ауры и назвали использование ЭС в повседневной жизни как один из отвлекающих способов, помогающих абстрагированию от стрессовой среды. 62% отметили групповое использование ЭС, остальные — индивидуальное. Более 2/3 опрошенных отмечают употребление во дворе, в парке, зонах отдыха, остальные — дома и в учебных заведениях. Касательно источников информирования об ЭС 43% выделяют источники сети Интернет и повсеместную нативную рекламу, 35% — опыт использования данных продуктов друзьями, остальные — моду на ЭС.

**Заключение.** В ходе исследования отмечен групповой характер употребления ЭС, были определены следующие социальные факторы, приводящие к этому: наличие стрессового фактора (стрессовой ауры), популярность ЭС, для более простого построения коммуникаций в коллективе.





## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ДЕТЕЙ: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Павловская О.Г., Гладких О.А.

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

**Актуальность.** Эпидемиологические данные о заболеваемости детского населения злокачественными новообразованиями, а также смертности от них являются базой для разработки и оценки результатов доступности и качества специализированной медицинской помощи, а также принятия управленческих решений.

**Цель исследования.** Выявить региональные особенности заболеваемости и смертности детей при злокачественных новообразованиях в Оренбургской области в 2020 г.

**Пациенты и методы.** Использованы официальные данные Центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии в составе МНИОИ им. П.А. Герцена за 2020 г. Применены статистический и аналитический методы исследования.

**Результаты.** На 01 января 2022 г. под диспансерным наблюдением в онкологических учреждениях Оренбургской области состояли 48 детей в возрасте 0–17 лет.

Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями составил 11,81 на 100 000 детского населения. Стандартизованный показатель у мальчиков достиг 10,8, у девочек — 12,84. Заболеваемость злокачественными новообразованиями лимфатической и кроветворной тканей составила 5,39 на 100 000 детского населения, при этом у мальчиков — 5,4, у девочек — 5,28.

13 детей в возрасте 0–17 лет в 2020 г. умерли в регионе от злокачественных новообразований. Показатель смертности составил 3,73 на 100 000 детского населения, у мальчиков — 5,31, у девочек — 2,04 соответственно. Смертность от злокачественных новообразований лимфатической и кроветворной тканей в возрасте 0–17 лет составила 1,86 на 100 000 детского населения, у мальчиков — 3,23, у девочек — 0,4. Удельный вес данной патологии как причины смертности достиг 49,9%.

При сравнении со среднероссийскими данными в регионе показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями у детей 0–17 лет ниже на 7,6%, а смертности выше на 13,3%. Установлено, что показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями кроветворной и лимфатической тканей в области выше на 75,1%, а показатель смертности выше в 1,9 раза.

**Заключение.** Таким образом, в регионе на фоне высоких показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями лимфатической и кроветворной тканей отмечается рост смертности, что говорит о низких доступности и качестве специализированной медицинской помощи детям и необходимости принятия управленческих решений на уровне региона.



## ПЕРВИЧНАЯ ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Павловская О.Г., Гладких О.А.

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

**Актуальность.** Первичная инвалидность детского населения является важным показателем общественного здоровья детского населения.

**Цель исследования.** Установить региональные особенности первичной детской инвалидности в Оренбургской области.

**Пациенты и методы.** Использованы официальные статистические данные ФГБУ ФБ МСЭ России. Применены статистический и аналитический методы исследования.

**Результаты.** При численности детского населения 436 283 человека число детей, впервые признанных инвалидами, в регионе на 1 января 2021 г. составило 1029 человек. Уровень первичной инвалидности достиг 23,68 на 10 тыс. детского населения, при этом в сельских поселениях — 25,9, а в городских — 22,3 соответственно. В гендерной структуре преобладали мальчики (58,8%). В возрастной структуре преобладала группа 8–14 лет (39,3%). Самой малочисленной явилась группа 15–17 лет (1,6%).

Уровень первичной инвалидности у мальчиков составил 13,9, у девочек — 9,7 на 10 тыс. соответствующего населения. Самый высокий показатель установлен у детей в возрасте 8–14 лет (9,3). В других возрастных группах уровень ниже: в возрасте до 3 лет — 6,6; 4–7 лет — 28,8; 15–17 лет — 1,6 на 10 тыс. соответствующего населения.

В структуре первичной детской инвалидности по классам болезней первое место заняла инвалидность вследствие психических расстройств (40,4%). Второе — вследствие врожденных аномалий (15,3%), третье — болезней эндокринной системы (8,9%), четвертое — болезни нервной системы (11,0%), пятое — вследствие болезней костно-мышечной системы (5,6%). В указанные пять классов болезней вошли более 79% впервые признанных детей-инвалидов.

Наиболее высокий уровень первичной детской инвалидности оказался в трех классах болезней. При психических расстройствах показатель достиг 9,5 на 10 тыс. соответствующего населения, при врожденных аномалиях — 3,6, при болезнях нервной системы — 2,3 соответственно.

Зарегистрирован высокий уровень психических расстройств и расстройств поведения. При этом в данном классе преобладала умственная отсталость, которая составила 65,9% и чаще встречалась у мальчиков. Уровень умственной отсталости как причины первичной детской инвалидности в сельских поселениях составил 49,8 на 10 тыс. соответствующего населения, а в городских — 34,4 (разница в 30%).

**Заключение.** Таким образом, выявление региональных особенностей первичной детской инвалидности позволяет целенаправленно проводить профилактику данной патологии в популяции.

## ПОВТОРНАЯ ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Павловская О.Г., Гладких О.А.

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

**Актуальность.** Повторная инвалидность детского населения характеризует контингент лиц, повторно освидетельствованных в учреждениях медико-социальной экспертизы и признанных инвалидами.

**Цель исследования.** Установить региональные особенности повторной детской инвалидности в Оренбургской области.

**Пациенты и методы.** Использованы официальные статистические данные ФГБУ ФБ МСЭ России за 2020 г. Применены статистический и аналитический методы исследования.

**Результаты.** Число детей, повторно признанных инвалидами в регионе на 1 января 2021 г. составило 3035 человек. Уровень повторной инвалидности достиг 69,6 на 10 тыс. детского населения. В гендерной структуре преобладали мальчики и составляли 62%. В возрастной структуре преобладала возрастная группа 8–14 лет (51,0%). С увеличением возраста число инвалидов уменьшалось. Самой малочисленной явилась группа 15–17 лет (5,6%).

Уровень повторной инвалидности у мальчиков составил 43,2, у девочек — 26,4 на 10 тыс. соответствующего населения. Самый высокий показатель установлен у детей в возрасте 8–14 лет — 35,4 на 10 тыс. соответствующего населения. В других возрастных группах уровень ниже: в возрасте до 3 лет — 7,7; 4–7 лет — 20,9; 15–17 лет — 5,6 соответственно.

В структуре повторной детской инвалидности по классам болезней первое место заняла инвалидность вследствие психических расстройств (56,1%), второе — вследствие врожденных аномалий (12,2%), третье — болезней нервной системы (11,7%), четвертое — болезней глаза (4,7%), пятое — болезней эндокринной системы (2,2%).

Наиболее высокий уровень повторной детской инвалидности оказался в трех классах болезней. При психических расстройствах показатель достиг 39,1 на 10 тыс. соответствующего населения, при врожденных аномалиях — 8,5, при болезнях нервной системы — 8,2.

Зарегистрирован высокий уровень психических расстройств и расстройств поведения. В данном классе преобладала умственная отсталость, которая составила 65,7% и чаще встречалась у мальчиков. При этом с 2014 г. уровень повторной инвалидности по причине психических расстройств и расстройств поведения поднялся с 29,4 на 10 тыс. соответствующего населения до 39,1 в 2020 г. (т.е. на 33%), а по причине умственной отсталости поднялся с 21,9 до 25,0 соответственно в 2020 г. (т.е. на 14,1%).

**Заключение.** Таким образом, выявление региональных особенностей повторной детской инвалидности позволяет внести коррекцию в третичную профилактику данной патологии в популяции и в организацию медицинской помощи детям-инвалидам.



## ТАНАТОФОРНАЯ ДИСПАЗИЯ: ПОИСК ЧАСТЫХ МУТАЦИЙ ГЕНА FGFR3

Пашук С.Н., Новикова И.В., Лазаревич А.А., Гусина А.А., Венчикова Н.А.

ГУ РНПЦ «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Танатофорная дисплазия (ТД) — одна из наиболее распространенных летальных скелетных дисплазий, причиной которой является спорадическая мутация в гене FGFR3. Определение мутаций в данном гене важно для пренатальной дифференциальной диагностики ТД от других видов остеохондродисплазий и для медико-генетического консультирования.

**Цель исследования.** Поиск мутаций в гене FGFR3 у плодов, абортированных по медицинским показаниям в связи с выявлением системной скелетной дисплазии (ССД).

**Пациенты и методы.** Объектом для исследования послужили 9 плодов, абортированных после пренатальной ультразвуковой диагностики ССД. По результатам рентгенологического и патологоанатомического исследования у 8 плодов был верифицирован диагноз «ТД, тип I» и у одного плода — «ТД, тип II». С целью подтверждения диагноза в образцах ДНК, выделенной из тканей плода, проведено прямое секвенирование экзонов 7, 10, 13 и 15, а также фланкирующих интронных последовательностей гена FGFR3.

**Результаты.** При ультразвуковом исследовании в I триместре у плодов были выявлены следующие признаки: выраженное укорочение трубчатых костей, гипоплазия грудной клетки (короткие ребра), расширение воротникового пространства, макроцефалия с выступающим лбом, двусторонняя косолапость. При прямом секвенировании экзонов 7, 10, 13 и 15, а также фланкирующих интронных последовательностей гена FGFR3 в 6 из 9 образцов были найдены патогенные миссенс-мутации, зарегистрированные в открытых базах данных. В 3 образцах была выявлена мутация в гетерозиготном состоянии p.Arg248Cys, которая идентифицируется наиболее часто у пациентов с ТД I типа. Мутация p.Tyr375Cys в гетерозиготном состоянии была обнаружена в 2 случаях, этот вариант также связан с ТД I типа. В одном случае была выявлена мутация p.Lus652Glu, ассоциированная с ТД II типа.

**Заключение.** Точность пренатальной ультразвуковой диагностики ТД составляет от 40 до 88% из-за трудностей в дифференциации ТД от других остеохондродисплазий. Выявление вышеперечисленных мутаций в наших случаях подтверждает роль гена FGFR3 в патогенезе ТД и может быть использовано в ранней дифференциальной диагностике ТД от других летальных скелетных дисплазий: несовершенного остеогенеза II типа, ахондрогенеза.



## ИНТЕГРАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ПЕДИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Перелетова Д.И., Беляева И.А., Горев В.В.

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

**Актуальность.** Существуют медико-организационные затруднения при создании оптимальных условий сбора, хранения и обработки грудного молока: недостаточно обоснованы критерии микробиологической и вирусологической безопасности сцеженного женского молока. Не разработана отечественная нормативная база деятельности банков грудного молока.

**Цель исследования.** Разработка и обоснование медико-организационных подходов для безопасного функционирования банков материнского и донорского грудного молока в структуре многопрофильного педиатрического стационара.

**Пациенты и методы.** Материалом исследования является сцеженное грудное молоко матерей, родивших доношенных и недоношенных детей, госпитализированных в неонатальный стационар, а также доношенные и недоношенные дети и их матери. Проводится микробиологическое тестирование проб молока в соответствии с условиями сбора, обработки и длительности хранения материнского и донорского молока. Помимо этого, проводится вирусологическое исследование материнского грудного молока, получаемого недоношенными детьми менее 34 нед гестации.

**Результаты.** На первом этапе работы для реализации интегрированного подхода к вскармливанию больных новорожденных и недоношенных детей создан специализированный молочный блок, объединяющий в своей структуре отсек для хранения индивидуальных запасов материнского грудного молока и банк донорского грудного молока. На последующих этапах исследования будет изучена микробиологическая безопасность функционирования молочного блока при различных режимах сбора, обработки и хранения сцеженного грудного молока и разработан протокол функционирования банков материнского и донорского грудного молока в неонатальных стационарах.

**Заключение.** Будет оценено влияние современных медико-организационных и социально-биологических факторов на обеспеченность пациентов неонатального стационара грудным молоком. Будут изучены микробный пейзаж грудного молока и влияние на его характеристики условий сбора, обработки и хранения в многопрофильной детской больнице. Будет установлена частота выявления цитомегаловируса в грудном молоке у матерей недоношенных детей, что позволит наметить пути профилактики передачи цитомегаловирусной инфекции у наиболее уязвимой популяции новорожденных.



## ОРГАНИЗАЦИОННО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Переслегина И.А., Карпова С.С., Рыжова Н.И.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Минздрава России, Нижний Новгород, Российская Федерация

**Актуальность.** Перинатальная смертность (ПС) является комплексным показателем социального и экономического благополучия государства. Компоненты перинатальной смертности оказывают влияние на ожидаемую продолжительность жизни и суммарный коэффициент рождаемости.

**Цель исследования.** На основании комплексного ретроспективного анализа случаев перинатальной смертности в региональном перинатальном центре оптимизировать систему внутреннего контроля качества и безопасности ведения беременности и родов.

**Пациенты и методы.** Когортное исследование проведено в ГБУЗ Нижегородской области «Дзержинский перинатальный центр» (ПЦ), являющемся областным перинатальным центром, за период 2016–2020 гг. Анализ включал оценку уровня и структуры причин смертности детей в перинатальный период жизни, данных официальной статистической отчетности работы — сведений о медицинской организации (форма № 30 (годовая), код формы по ОКУД 0609362), а также соответствия используемых документов по внутреннему контролю качества нормативной базе.

**Результаты.** В 2016 г. проведено 4257 родов, из них 2068 (48,6%) неосложненных. Родилось 4334 ребенка, уровень ПС составил 14,8‰. Структура ПС: ранняя неонатальная смертность — 39,1% (5,8‰), мертворождаемость — 60,9% (9,0‰). Ведущей причиной явились отдельные состояния, возникшие в перинатальном периоде, связанные с дефектами оказания акушерской помощи. Причины ПС носят управляемый характер.

Внедрение в практическую деятельность ПЦ 69 клинических рекомендаций по акушерству и неонатологии, разработка 348 внутренних алгоритмов действия медицинского персонала по стандартам операционных процедур и чек-листов, повышение квалификации сотрудников с использованием симуляционных центров, мотивация работы персонала на обеспечение качества медицинской помощи, координация деятельности врачебной комиссии и комиссии внутреннего контроля качества ПЦ привели к уменьшению числа несвойственных функций персонала и документооборота и в итоге — к рациональному использованию рабочего времени. В результате в 2020 г. показатель ПС снизился на 47,6% ( $t = 2,7$ ;  $p < 0,05$ ) и составил 7,75‰; ранняя неонатальная смертность снизилась на 88,7% ( $t = 4,2$ ;  $p < 0,01$ ) и составила 0,65‰; показатель мертворождаемости снизился на 24,3% ( $t = 2,8$ ;  $p < 0,05$ ) и составил 6,81‰.

**Заключение.** Соблюдение всех компонентов, характеризующих качество медицинской помощи, и точность их выполнения на основе созданных протоколов ведения пациентов и стандартных операционных процедур явились основой системы управления качеством медицинской помощи для регионального перинатального центра и способствовали значимому снижению показателей перинатальной смертности.



## АТИПИЧНЫЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Полянская Н.А.<sup>1</sup>, Павлинова Е.Б.<sup>1</sup>, Романенко Е.П.<sup>2</sup>, Кошуба Е.Ф.<sup>2</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

**Актуальность.** Атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС) — орфанное заболевание, характеризующееся нарушением регуляции альтернативного пути комплемента. Диагноз аГУС является диагнозом исключения, что усложняет его раннее выявление и назначение терапии.

**Цель исследования.** Описание клинического случая пациента с аГУС с целью информирования врачей-педиатров.

**Пациенты и методы.** Проанализирована история болезни пациента 2014 г.р. Мальчику проведено полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование.

**Результаты.** Заболел остро, когда появилась повторная рвота, в течение суток нарасла вялость, отказ от еды, иктеричность склер и кожи, темный цвет мочи. Мальчик госпитализирован в стационар. Лабораторно выявлена анемия, нормальный уровень тромбоцитов, гиперазотемия, гипербилирубинемия, протеинурия, микрогематурия. В динамике отмечалось снижение гемоглобина, тромбоцитов, повышение креатинина. Мочеиспускание самостоятельное, макрогематурия. УЗИ — признаки нефромегалии с обеднением ренального кровотока, повышением индекса резистентности с обеих сторон. В связи с развитием острого повреждения почек, водно-электролитных расстройств ребенок переведен в ОРИТ. Диагностирован симптомокомплекс тромботической микроангиопатии в виде микроангиопатического гемолиза. Проведена дифференциальная диагностика с ТТП (ADAMTS13 — 75%), аутоиммунной гемолитической анемией (отрицательные антиэритроцитарные антитела), COVID-19 (ПЦР отрицательно). Проводилась коррекция водного баланса, антибактериальная, антикоагулянтная терапия, коррекция анемии, плазмотерапия. В заместительной почечной терапии ребенок не нуждался.

**Заключение.** Таким образом, у ребенка развился аГУС — хроническое заболевание с неблагоприятным прогнозом из-за развития системной комплементзависимой тромботической микроангиопатии. В связи с этим ребенку была назначена комплементингибирующая терапия экулизумабом.

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХОДЬБЫ НА НОСКАХ

Помарино Д., Емелина А.А.

*Праксис Помарино, Гамбург, Германия*

**Актуальность.** Термин «ходьба на носках» (ХН) описывает аномалию походки, при которой пациенты ходят, опираясь на переднюю часть стопы, не наступая на всю подошву. Считается, что ХН без видимой ортопедической или неврологической причины — явление преходящее, и с возрастом она самопроизвольно исчезает, однако у многих детей регрессии ХН не наблюдается. В связи с этим диагностический поиск причин ХН и ее этиотропного лечения становится все актуальнее.

**Цель исследования.** Изучить возможности секвенирования экзона для диагностики причин ХН.

**Пациенты и методы.** На базе праксиса Помарино (г. Гамбург, Германия) было проведено обследование 100 пациентов с ходьбой на носках. Средний возраст пациентов составил  $6,9 \pm 1,2$  года (от 1 до 17 лет), в гендерном соотношении преобладали мальчики — 72 чел. (72,0%). Средний стаж заболевания составил  $4,2 \pm 0,6$  года (от 3 до 10 лет). Помимо клинического осмотра, консультации невролога и ортопеда, для исключения возможных нейропатии и генетических причин ходьбы на носках проведено секвенирование 49 генов, ассоциированных с развитием заболеваний, протекающих с поражением нервной системы, и миопатиями. Исследование этой панели генов входит в перечень диагностических мероприятий, рутинно проводимых в праксисе в отношении больных с ХН.

**Результаты.** По результатам осмотра пациентов неврологом и ортопедом был выставлен диагноз «идиопатическая ходьба на носках».

В изученных 49 генах было обнаружено 327 вариантов отклонений от нормальной последовательности генома. У 46 пациентов (46,0%) были выявлены варианты генов, относящиеся по классификации ACMG к патологическим (3,4%), вероятно патологическим (2,4%), а также к вариантам неопределенного значения с незначительными патогенными признаками (13,5%) и вариантам неопределенного значения (31,5%). У остальных пациентов были выявлены доброкачественные или скорее доброкачественные варианты, которые, по нашему мнению, не имеют клинического значения.

Обнаруженные варианты в зависимости от измененного гена можно подразделить на 3 группы — варианты, связанные с развитием невропатий (50,0%), миопатий (47,3%) и патологий обмена веществ (2,7%).

Примечательно, что все выявленные варианты обнаружены в гетерозиготном состоянии, в то время как способ наследования большинства исследуемых патологий является рецессивным. Это означает, что обследуемые пациенты не имеют полной картины заболевания, однако даже в гетерозиготном состоянии рецессивный ген вызывает появление легкой симптоматики, в том числе и ХН.

**Заключение.** Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о важности проведения генетической диагностики у детей с ходьбой на носках. Выявленная этиологическая гетерогенность ХН может стать не только основой новой классификации, но и полностью поменять терапевтические подходы к ведению данной патологии.

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ SARS-CoV-2, У ДЕТЕЙ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Пономарева Ю.В., Мезенцева О.Ю.

*ИНМФО ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Инфекция COVID-19 распространяется среди людей с ноября 2019 г. и 12 марта 2020 г. ВОЗ признала масштаб ее распространения пандемией. Внебольничная пневмония (ВП) — наиболее частое осложнение COVID-19 у взрослых и детей. Тяжелые формы течения заболевания у детей встречаются реже. Сохраняется актуальность изучения клинико-эпидемиологических особенностей течения заболевания COVID-19 у детей разных возрастных групп.

**Цель исследования.** Установить эпидемиологические характеристики, клинические и рентгенографические признаки поражения легких при COVID-19 с развитием ВП у детей, госпитализированных в стационары Волгоградской области.

**Пациенты и методы.** Выполнен ретроспективный анализ 378 историй болезней детей в возрасте от 4 мес до 17 лет, госпитализированных в стационары Волгоградской области с рентгенологически подтвержденным диагнозом ВП и доказанной этиологией новой коронавирусной инфекции COVID-19 (подтверждена лабораторным исследованием — код U07.1) в период с 01 апреля 2020 по 31 декабря 2021 г. Диагноз «внебольничная пневмония» подтвержден методами компьютерной томографии (КТ) и рентгенографии органов грудной клетки.

**Результаты.** ВП, вызванная SARS-CoV-2, наблюдалась у детей до 1 года в 14,5%, у детей 1–5 лет — в 25,3%, 6–11 лет — в 18,9%, 12–17 лет — в 41,3% случаев. Основными клиническими проявлениями ВП были лихорадка (78,8%), малопродуктивный кашель (71,1%), гипоосмия (52,4%) и слабость (34%). У 83,3% пневмония характеризовалась легкой степенью тяжести (ЛСТ), у 13,5% — средней степенью тяжести (ССТ) и у 1% (4 чел.) — развитием тяжелого и крайне тяжелого течения (КТТ). У мальчиков средняя и тяжелая степени тяжести пневмонии наблюдались в 2,6 раза чаще, чем у девочек (9,8% vs 3,7%). По данным КТ поражения легких в большинстве случаев (79%) составили менее 15%. По локализации преобладали двусторонняя полисегментарная пневмония (68%) и правосторонняя нижнедолевая пневмония (26%). У 11,7% пациентов наблюдались легкие/умеренные признаки дыхательной недостаточности (ДН); снижение SaO<sub>2</sub> менее 95% — у 19 человек (11 случаев у детей 12–17 лет, 5 — у детей до года, 3 случая — в возрасте 2–9 лет). У 4 пациентов (девочка 2 лет и мальчики 9, 14 и 16 лет) отмечалось КТТ инфекции с развитием ДН III степени, ОРДС и мультисистемного воспалительного синдрома, закончившееся летально. В 3 случаях КТТ COVID-19 у детей были сопутствующие заболевания (врожденное аденогенитальное нарушение; ожирение III степени; церебральный паралич, белково-энергетическая недостаточность).

**Заключение.** ВП, вызванные SARS-CoV-2, чаще встречались у детей от 12 до 17 лет (41,3%). В качестве характерных клинических проявлений у детей с ВП COVID-19 определены лихорадка, малопродуктивный кашель, слабость и гипоосмия. Большинство случаев ВП при COVID-19 у детей протекает в легкой форме; средняя и тяжелая степени течения чаще регистрировались у мальчиков. Развитие крайне тяжелой формы течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 наблюдалось на фоне отягощенного преморбидного фона.

## СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Попова Е.В., Федько Н.А., Джанибекова А.С., Иваницкая Е.В.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,  
Российская Федерация*

**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 общей численности прикрепленного детского населения. Численность детей-инвалидов в 2020 г. в Ставропольском крае (1962,7 на 100 тыс. населения) меньше, чем в РФ (2172,0 на 100 тыс. населения).

**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 при заболеваниях 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.



## ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Порецкова Г.Ю., Панина С.С.

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

**Актуальность.** На протяжении последних 10 лет в Российской Федерации отмечают стабильное снижение заболеваемости по туберкулезу, однако в целом обстановка по заболеваемости среди детей остается напряженной. Среди всех факторов риска развития туберкулеза у детей особое место уделяется социальным факторам, так как именно они могут способствовать заражению и значимо влиять на течение заболевания.

**Цель исследования.** Анализ социальных условий детей, больных туберкулезом, в г. Самаре.

**Пациенты и методы.** Проведен анкетный опрос 32 подростков 13–17 лет, больных туберкулезом и наблюдавшихся в ГБУЗ СОКПТД им. Н.В. Постникова (ДО № 2) г. Самары — 17 мальчиков и 15 девочек. Разработанная анкета содержала 37 вопросов, касающихся семейного окружения, условий проживания, питания, обучения в образовательных организациях.

**Результаты.** Анализ данных анкетного опроса показал, что средний возраст мальчиков и девочек составлял  $14,9 \pm 1,5$  года и  $15,1 \pm 1,7$  года соответственно. Среди опрошенных большинство (75%) были учащимися школ, остальные (25%) обучались в различных колледжах г. Самары. При изучении семейного окружения отмечено, что большинство детей (69%) воспитывались в полных семьях, а треть (31%) имели только одного родителя. Среди причин формирования неполных семей опрошенные указали на развод родителей и утрату одного из родителей. Среди всех подростков 4 воспитывались в многодетных семьях. Оценка социальных особенностей самой семьи показала, что 10 семей состояли на учете в органах опеки, а 4 из них числились как неблагополучные. Вредные привычки родителей выявлены в 40% случаев: родители употребляли алкоголь, страдали наркоманией, имели табачную зависимость. Отмечено, что почти каждый третий ребенок инфицировался туберкулезом в семье. Установлено, что 28% семей имели неудовлетворительные жилищные условия — коммунальная квартира или общежитие. Среди опрошенных 9 подростков не имели отдельной комнаты и проживали вместе с другими членами семьи, чаще с родителями. Большинство подростков имели 2–3 приема пищи в день, но 40% опрошенных указывали на недостаточный объем пищи или однообразный рацион питания. Материальный достаток 69% семей не позволял им путешествовать, хотя треть семей имели дачи и проводили там летний отдых.

**Заключение.** Таким образом, установлено, что дети-подростки, страдающие туберкулезом, испытывают влияние ряда негативных социальных факторов, среди которых неполная семья, неблагополучие семьи, связанное в том числе с вредными привычками родителей. Нередко семья проживает в коммунальной квартире или общежитии и не имеет достаточного материального дохода. Анализ факторов указывает на необходимость повышения благополучия семей с детьми.

## СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

Почкайло А.С., Галашевская А.А., Водянова О.В.

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

**Актуальность.** Целиакия является одним из широкого спектра заболеваний, ассоциированных с множественными факторами риска развития нарушений костной плотности и структуры — вплоть до вторичного остеопороза.

**Цель исследования.** Оценить минеральную плотность костной ткани (МПК) у детей с целиакией.

**Пациенты и методы.** Включены в исследование 90 (50 девочек, 40 мальчиков) детей с целиакией в возрасте от 1 до 18 лет (10,2 (7,3; 13,8) года), проходивших обследование в Республиканском центре детского остеопороза. Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия проведена по педиатрическим программам исследования (поясничный отдел позвоночника (L1-L4) и все тело без включения костей черепа (total body less head (ТВЛН)). Оценивались МПК (г/см<sup>2</sup>) и ее отклонение от нормы для пола и возраста (z-score, SD).

**Результаты.** Средняя МПК L1-L4 в группе обследованных пациентов составила 0,559 (0,457; 0,690) г/см<sup>2</sup>, средняя МПК ТВЛН составила 0,643 (0,563; 0,778) г/см<sup>2</sup>, средний z-score L1-L4 в группе пациентов составил -0,1 (-1,1; 0,6) SD, z-score ТВЛН составил 2,2 (0,4; 3,9) SD. Низкая МПК в сравнении с нормой для пола и возраста (в соответствии с Официальной позицией в педиатрии Международного общества клинической денситометрии (ISCD) при z-score < -2,0 SD, 2019 г.) выявлена у 10% (9/90) обследованных пациентов. Показатели z-score от -1,9 до -1 SD выявлены у 20% (18/90) пациентов, у остальных детей с целиакией МПК превышала -1 SD. Учитывая отсутствие значимого анамнеза переломов (по критериям ISCD), как и переломов позвонков, у обследованных пациентов, диагноз вторичного остеопороза не верифицирован ни у одного из них.

**Заключение.** Дефицит костной массы верифицирован у каждого десятого из обследованных пациентов с целиакией, что детерминирует необходимость мероприятий по медицинской профилактике нарушений костной минерализации у детей с этим заболеванием.



## СТАТУС ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

Почкайло А.С., Кравченко Е.А., Прохорова О.Н.

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

**Актуальность.** Целиакия является заболеванием, ассоциированным с множественными факторами риска развития нарушений костной плотности и структуры, дефицитных состояний, включая дефицит витамина D, у детей.

**Цель исследования.** Оценить статус обеспеченности витамином D у детей с целиакией.

**Пациенты и методы.** Исследование выполнялось в Республиканском центре детского остеопороза, функционирующем на базе УЗ «Минская областная детская клиническая больница». В исследование включены 97 детей (54 девочки и 43 мальчика) с целиакией в возрасте от 1 до 18 лет. Медиана возраста детей составила 10,3 (7,3; 13,4) года. Определение уровня витамина D (25(OH)D) в сыворотке крови проводилось методом электрохемилюминесценции. Интерпретацию лабораторных результатов осуществляли в соответствии с критериями, изложенными в “Practical guidelines for the supplementation of vitamin D and the treatment of deficits in Central Europe — recommended vitamin D intakes in the general population and groups at risk of vitamin D deficiency” (2013).

**Результаты.** Концентрация 25(OH)D в обследованной когорте пациентов колебалась от 4,5 нг/мл до 57,2 нг/мл, медиана сывороточной концентрации 25(OH)D находилась в диапазоне субоптимальной обеспеченности витамином D и составила 25,0 (18,1; 30,2) нг/мл. Распространенность дефицита витамина D (менее 20 нг/мл) в обследованной когорте пациентов составила 31,9% (31/97 пациентов), субоптимальной обеспеченности витамином D (от 20 до 30 нг/мл) — 42,3% (41/97 пациентов), оптимальной обеспеченности витамином D (от 30 до 50 нг/мл) — 22,7% (22/97 пациентов), высокой обеспеченности витамином D (от 50 до 100 нг/мл) — 3,1% (3/97 пациентов). Суммарная частота обеспеченности витамином D менее оптимального уровня в обследованной когорте пациентов с целиакией составила 74,2% (72/97 пациентов). Согласно анамнестическим данным, прием препаратов витамина D в период 3 мес до консультации имел место лишь у 24% обследованных пациентов.

**Заключение.** Установлена высокая частота (74,2%) недостаточной обеспеченности витамином D у детей с целиакией, что детерминирует важность проведения своевременных профилактических и лечебных мероприятий у этой категории пациентов.

## УРОВНИ МИОКИНА ИРИЗИНА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ И ИХ МАТЕРЕЙ

Прилуцкая В.А., Гончарик А.В.

*Белорусский государственный медицинский университет,  
Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Открытие миокинов (иризин, миостатин, декорин и др.) послужило причиной изучения мышечной ткани как неклассической железы внутренней секреции. В последние годы проведен целый ряд исследований миокина иризина у взрослых и единичные — у новорожденных.

**Цель исследования.** Оценить уровни иризина у доношенных новорожденных детей и проанализировать взаимосвязи данного миокина в диадах «мать - дитя».

**Пациенты и методы.** Проведено обследование 49 доношенных новорожденных и их матерей. Выделены две группы детей: группа 1 (Гр1) — маловесные к сроку гестации ( $n = 24$ ), группа 2 (Гр2) — соответствующие сроку гестации ( $n = 25$ ). Уровни иризина сыворотки крови женщин и детей в пуповинной крови определяли иммуноферментным методом с использованием наборов Irisin (Phoenix pharmaceuticals, США). Статистическая обработка выполнена с применением Microsoft Excel, Statistica 10.

**Результаты.** Масса тела (МТ) при рождении детей Гр1 была ниже 10-го перцентиля, составила 8,4 [2,9; 9,7], что ниже показателя Гр2 (66,8 [51,1; 79,9],  $p < 0,001$ ). z-score МТ детей Гр1 был  $-1,67$  [ $-1,85$ ;  $-1,50$ ], Гр2 —  $0,43$  [ $0,03$ ;  $0,84$ ] ( $p < 0,001$ ). Женщины сопоставимы по возрасту, числу беременностей и родов, способу родоразрешения. Прегравидарный ИМТ в Гр1 —  $21,5$  [ $19,2$ ;  $28,0$ ] кг/м<sup>2</sup>, в Гр2 —  $22,7$  [ $19,5$ ;  $25,4$ ] кг/м<sup>2</sup>. Гипертензивные расстройства диагностированы чаще у матерей Гр1 (29,2 и 4,2%,  $p = 0,023$ ). Уровень иризина в пуповинной крови составил 325 [301; 470] нг/мл у младенцев Гр1 против 400 [290; 460] нг/мл у детей Гр2 ( $p = 0,699$ ). Корреляционный анализ показал значимую ( $p < 0,05$ ) связь между иризином пуповинной крови и МТ ( $r = 0,385$ ), перцентилем МТ ( $r = 0,459$ ), z-score МТ ( $r = 0,458$ ) у маловесных новорожденных. В Гр1 выявлена положительная корреляция между уровнями иризина матерей и детей ( $r = 0,518$ ,  $p = 0,028$ ). Содержание иризина в сыворотке младенцев, рожденных per vias naturalis, было выше, чем у пациентов с абдоминальным родоразрешением (410 [350; 640] нг/мл против 305 [280; 410] нг/мл,  $U = 155,0$ ;  $p = 0,010$ ).

**Заключение.** Установлено влияние способа родоразрешения женщин на уровень миокина иризина в пуповинной крови их детей. Выявленные статистически значимые взаимосвязи содержания анализируемого метаболического маркера детей с уровнем иризина матери и антропометрическими параметрами маловесных к сроку гестации новорожденных обосновывают возможность применения иризина в качестве предиктора при прогнозировании формирования нарушений обменных процессов у этой категории младенцев.



## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОГОРТНОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Прокопьева В.Д., Федотова М.М., Коновалова У.В., Невская К.В., Федорова О.С.

*ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Пищевая аллергия (ПА) наиболее часто манифестирует в младенческом и раннем детском возрасте, достигая распространенности до 17,3% (ЕАССИ, 2014). Представляет важность изучение распространенности и факторов риска болезни для разработки мероприятий первичной профилактики.

**Цель исследования.** Установить распространенность и факторы риска развития ПА у детей первых 12 мес жизни в рамках проспективного когортного исследования

**Пациенты и методы.** Исследование выполнено в дизайне проспективного когортного наблюдения. Всего включены 167 новорожденных детей (51% мальчиков, 49% девочек), к настоящему времени возраста 3 мес достигли 107 детей, 12 мес — 35 детей. Проведено интервьюирование родителей, клиническое обследование детей, а также оценка уровня специфического IgE в возрасте 12 мес в сыворотке крови с помощью набора «АллергоИФА-специфические IgE». Статистический анализ выполнен с использованием STATISTICA 10.0.

**Результаты.** По результатам проспективного наблюдения установлено, что распространенность симптомов ПА к возрасту 3 мес составила 14,9%. В клинической картине отмечались в 75% кишечные симптомы, в 25% — кожные. К возрасту 12 мес распространенность подтвержденной ПА (клинические симптомы в сочетании с повышением уровня специфического IgE > 0,35 кЕ/л) составила 22,8%. В качестве ведущих аллергенов зарегистрированы белок коровьего молока (8,5%), арахис (8,5%), соя (5,7%), куриное яйцо (2,8%), пшеница (2,8%), креветки (2,8%). Ведущими клиническими проявлениями стали атопический дерматит (5,7%), аллергический ринит (8,5%), кишечные проявления (2,7%). При анализе факторов риска было выявлено, что статистически значимыми условиями развития симптомов ПА являются наличие аллергического заболевания у отца (OR 7,356; CI 2,216–24,418,  $p < 0,05$ ) и матери (OR 11,09; CI 3,926–31,360,  $p < 0,05$ ), наличие заболеваний матери во время беременности — ОРВИ (OR 3,0; CI 1,296–6,944,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Проведенное исследование показало, что распространенность симптомов ПА и сенсибилизация к определенным аллергенам в возрасте 12 мес составляет 22,8%. Наиболее значимой по развитию ПА у детей раннего возраста является наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям со стороны матери. Необходима разработка мероприятий первичной профилактики ПА у детей.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ

Пулотжонов М.М., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Каримова М.Х.,  
Якубова О.Ш., Шамсиева Л.А.

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

**Актуальность.** Бронхиолит является одним из тяжелых обструктивных заболеваний нижних дыхательных путей у детей. Результаты исследований особенностей клинической картины острого бронхиолита у детей не позволяют создать единое представление о течении заболевания в современных условиях.

**Цель исследования.** Изучить особенности клинического течения острого бронхиолита у детей.

**Пациенты и методы.** Нами проведено комплексное клиническое обследование 45 детей с острым бронхиолитом в возрасте от 2 мес до 1 года. Обследование проводилось с учетом жалоб, анамнестических данных, общеклинических, лабораторных и результатов функциональных методов обследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по методу Фишера – Стьюдента.

**Результаты.** Общее состояние больных было расценено как очень тяжелое у 4,4% детей, тяжелое — у 71,1% и среднетяжелое — у 24,4% детей. Основными жалобами больных с острым бронхиолитом, были кашель — у 100,0%, одышка — у 100,0%, повышение температуры тела — у 42,2% детей, снижение аппетита — у 91,1%, бледность — у 84,4%, сухость кожных покровов — у 33,3% и мраморность — у 6,6%.

Анализ клинических проявлений показал, что температурная реакция разной степени наблюдалась у 42,2% детей и чаще была субфебрильная, повышение температуры тела до 37 °С отмечалось в 31,6% случаев, у 68,4% детей — до 37–38 °С. Кашель был в основном влажный — в 86,7% случаев. Наблюдались признаки дыхательной недостаточности в виде цианоза носогубного треугольника — 80,0%, отмечалось усиление выдоха, тахипноэ с выраженным участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания — 95,5%, раздувание крыльев носа — 42,2% случаев. При аускультации у детей с острым бронхиолитом жесткое дыхание определялось в 86,7% случаев, у 13,3% — ослабленное дыхание. В основном у 84,4% больных с острым бронхиолитом прослушивались влажные мелкопузырчатые хрипы, иногда в сочетании с крепитацией. В этиологической структуре острого бронхиолита у обследованных детей лидирует РС-вирус, он был выявлен у 60,0% больных.

**Заключение.** Таким образом, острым бронхиолитом чаще болеют дети первых трех месяцев жизни, мальчики болеют чаще девочек. Для острого бронхиолита у детей характерны определенные клинические проявления, ведущим этиологическим агентом являются респираторно-синцитиальный вирус, что важно учитывать в клинической практике.



## ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Пырьева Е.А., Гмошинская М.В., Шилина Н.М., Нетунаева Е.А., Тимошина М.И.

*ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Разнообразие факторов риска ожирения и высокая значимость каждого из них в формировании данной патологии в детском и подростковом возрасте определяет необходимость своевременного выявления ранних предикторов развития ожирения в качестве основы для разработки и внедрения в практику методов ранней профилактики основного неинфекционного заболевания с учетом этнотерриториального признака.

**Цель исследования.** Оценка значимости факторов риска формирования избыточной массы тела и ожирения у детей дошкольного и школьного возраста, включая нарушение их пищевого поведения, социально-экономические факторы и региональные условия.

**Пациенты и методы.** Представлены результаты опроса 174 родителей детей дошкольного и школьного возраста, проживающих в Центральном ФО, 257 родителей детей 7–18 лет, проживающих в Сибирском ФО (110 родителей из г. Иркутск и 147 — из г. Ангарска), 958 родителей детей дошкольного и школьного возраста, проживающих в Дальневосточном ФО. Оценку физического развития детей проводили с помощью программ WHO Anthro и WHO AnthroPlus 2007 с последующим расчетом z-scores ИМТ по возрасту.

**Результаты.** Проведение многофакторной линейной регрессии позволило выделить факторы, статистически значимо повышающие значение z-scores ИМТ: возраст матери, ИМТ родителей (в том числе матери в прекоцептуальный период), масса тела ребенка при рождении, наличие вредных привычек (курения) у обоих родителей, проживание ребенка только с матерью, а также наличие у ребенка генотипа AA полиморфизма rs9939609 гена FTO. К факторам, способствующим снижению z-scores ИМТ ( $p < 0,05$ ) относится совместный прием пищи ребенка с родителями.

**Заключение.** Получены достоверные данные о факторах, оказывающих влияние на изменение z-scores ИМТ ребенка, к которым относятся возраст матери, ИМТ родителей, масса тела ребенка при рождении, наличие вредных привычек (курения) у обоих родителей, проживание ребенка только с матерью, а также наличие у ребенка генотипа AA полиморфизма rs9939609 гена FTO.

## РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ В РЕАЛИЗАЦИИ НЕОНАТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Рагимова Н.Д.

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

**Актуальность.** Существенный вклад в развитие неонатальных инфекций, занимающих ведущее место в младенческой смертности и заболеваемости, вносят полиморфизмы генов цитокинов, которые, вызывая функциональные изменения, определяют экспрессию генов цитокинов.

**Цель исследования.** На основе анализа иммуногенетических данных оптимизировать раннюю диагностику, прогнозирование неонатальных инфекций у новорожденных детей различного гестационного возраста.

**Пациенты и методы.** Проведено изучение частоты аллелей и генотипов интерлейкинов у 50 больных с инфекциями вирусной и бактериальной этиологии, а также у 36 здоровых новорожденных методом полимеразной цепной реакции. У каждого ребенка брались образцы ДНК, в которых определялись однонуклеотидные замены в промоторных регионах генов интерлейкинов IL-1 $\beta$  в позициях -511C/T, -31C/T, +3954C/T, IL-6 в позициях -174G/C, -572G/C и 597G/A, IL-10 в позициях (-1082)G/A, (-819)T/C, (-592), IL-18 -656C/T, -137G/C, +105G/C у новорожденных с неонатальными инфекциями.

**Результаты.** Определение частоты аллелей и генотипов промоторного региона интерлейкинов IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-18 выявило достоверно значимую разницу между здоровыми и инфицированными новорожденными связанную с однонуклеотидными заменами. Аллельные варианты генов в позициях IL-1 $\beta$  (-511)C/T, IL-6 (-174)G/C и (-572)G/C, IL-10 (-819)T/C и (-592)C/C, IL-18 (-656)T/G и (-137)G/C имеют значимую ассоциацию с инфекционными заболеваниями. Повышенный риск развития неонатальных инфекций формируют генотипы CC IL-1 $\beta$  (-511), GG IL-6 (-174), GG IL-6 (-572), CC IL-10 (-819), GG IL-18 (-656), CC IL-18 (-137).

Наиболее значимое влияние генетического полиморфизма на развитие неонатальных инфекций с использованием дисперсионного метода Снедекора выявлено у генотипа CC IL-1 $\beta$  (-511) силы влияния факторов (СВФ) = 8,3 (95% ДИ: 11,2-5,4;  $p < 0,001$ ), GG IL-6 (-572) СВФ = 6,6 (95% ДИ: 9,6-3,7;  $p < 0,001$ ), CC IL-10 (-819) СВФ = 6,7 (95% ДИ: 9,6-3,7;  $p < 0,001$ ), затем GG IL-6 (-174) СВФ = 4,7 (95% ДИ: 7,7-1,7;  $p < 0,001$ ), GG IL-18 (-656) СВФ = 2,7 (95% ДИ: 5,8-0;  $p < 0,001$ ). Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о генетической детерминированности предрасположенности к инфекциям.

**Заключение.** С целью оценки роли генетических факторов в предрасположенности к инфекционным заболеваниям и определения групп повышенного риска рекомендуется изучать полиморфизмы промоторных регионов генов интерлейкинов с применением современной технологии молекулярно-генетического анализа и использовать их в качестве предиктора диагностики неонатальных инфекций, а также выявить причину предрасположенности к вирусной и бактериальной инфекции. Таким образом, диагностика болезни на досимптомном уровне развития позволяет провести адекватную профилактику заболевания.





## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Раскина Е.Е., Железников П.А.

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

**Актуальность.** Хронические вирусные гепатиты в детском возрасте являются социально значимыми заболеваниями, требующими пролонгированного диспансерного наблюдения и лечения в условиях амбулаторного звена здравоохранения. Для педиатров существует проблема выбора лечебной схемы.

**Цель исследования.** Оценить частоту достижения устойчивого вирусологического ответа (УВО) при проведении комбинированной интерфероновой терапии у «наивных» пациентов с хроническим гепатитом С (ХГС) в зависимости от генотипа вируса и возраста детей.

**Пациенты и методы.** Сравнительный анализ достижения устойчивого вирусологического ответа через 24 нед после окончания лечения (УВО 24) проведен у 30 пациентов разного возраста (в группах детей от 3 лет до 12 лет и старше 12 лет) и отличных по генотипу вируса. В первой группе дети 17/30 с генотипом 3, во второй группе — 13/30 с генотипом 1,1b. Всем детям проведена комбинированная терапия пегилированным интерфероном-альфа и рибавирином, курс 24/48 нед в зависимости от генотипа вируса. Выполняли мониторинг «вирусной нагрузки» в ПЦР, генотипирование IL-28B при генотипе 1, а также для оценки степени фиброза печени проведена эластография на аппарате FibroScan.

**Результаты.** Результатом лечения пегилированным интерфероном-альфа и рибавирином «наивных» пациентов детского возраста с ХГС явилось достижение УВО 24 у 66,7% (20/30). УВО 24 как исход лечения наблюдали в 1,1 раза чаще у детей от 3 до 12 лет и в 3 раза чаще у пациентов с генотипом 3, в отличие от детей с генотипом 1,1b. Среди последних при генотипировании IL-28B отмечались варианты полиморфизма, при которых снижен ответ на терапию интерфероном и рибавирином, что имело прямую корреляцию с достижением УВО 24 и позволило выявить группу детей, имеющих толерантность и, соответственно, противопоказание к данной терапии. В группе детей от 3 лет до 12 лет УВО 24 достигнут у 40% (12/30), из них у детей с генотипом 3 в 30% (9/30), с генотипом 1,1b — в 10% (3/30), в старшей возрастной группе УВО 24 достигнут у 26,6% (8/30), из них 20% (6/30) детей с генотипом 3 и только у 2/30 — с генотипом 1,1b. При сравнении групп детей с генотипом 3 и 1 отмечено достижение УВО 24 у 88,9% (15/17) детей с генотипом 3, в отличие от 38,5% (5/13) детей с генотипом 1,1b. Отличительной особенностью была приверженность терапии у детей и родителей, несмотря на наличие нежелательных явлений в процессе лечения. В то же время отмены препаратов или снижения дозы не применяли. В отношении «ненаивных» пациентов старшей возрастной группы, не достигших УВО, принято решение о проведении повторного курса лечения с применением препаратов прямого противовирусного действия (начало лечения — 2020 г.) глекапревиром + пибрентасвиром, что привело к достижению УВО у всех детей (100%).

**Заключение.** Противовирусная терапия репликативной фазы ХГС у детей носит персонализированный характер. В отношении «ненаивных» пациентов старшей возрастной группы с генотипом 1 рекомендуется проведение повторного курса лечения с применением препаратов прямого противовирусного действия, но для детей младшей возрастной группы показана «выжидательная тактика». Противопоказаниями к назначению комбинированной интерферонотерапии являются отсутствие приверженности лечению, а также обнаружение при генотипировании IL-28B варианта полиморфизма со сниженным ответом на терапию интерфероном и рибавирином.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВПС

Рахманкулова З.Ж., Файзиева З.Б., Ходжамова Н.К., Алангова М.З.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан*

**Актуальность.** Врожденные пороки сердца могут в значительной степени влиять на церебральный кровоток, вызывая тем самым гипоксически-ишемические повреждения головного мозга, что приводит к развитию тяжелой патологии центральной нервной системы, инвалидизации.

**Цель исследования.** Изучить структуру патологических состояний у новорожденных детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией, ассоциированной с ВПС.

**Пациенты и методы.** В ходе работы нами обследованы 60 новорожденных детей. Из них 1-ю, основную, группу составили 30 новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС на фоне ВПС с обогашением малого круга кровообращения; 2-ю группу, сравнения, составили 30 новорожденных с церебральной ишемией без ВПС.

**Результаты.** В наших исследованиях среди детей с ГИЭ, ассоциированной с ВПС, выявлялось наибольшее число новорожденных, родившихся в крайне тяжелом ( $43,3 \pm 1,7\%$ ) и тяжелом ( $43,3 \pm 1,7\%$ ) состоянии. В среднетяжелом состоянии в 1-й группе родилось  $13,3 \pm 1,1\%$  детей. Во 2-й группе в крайне тяжелом состоянии родилось всего трое детей, что составило  $10,0 \pm 1,0\%$ . В основном в этой группе новорожденные дети рождались в тяжелом состоянии, что составило  $63,3 \pm 1,6\%$ . Менее трети новорожденных 2-й группы родилось в среднетяжелом состоянии ( $26,7 \pm 1,5\%$ ). Сопутствующие заболевания преобладали в 1-й, основной, группе, то есть у детей с ГИЭ на фоне ВПС, чем во 2-й группе, сравнения, — у детей с ГИЭ. Так, в 1-й группе число новорожденных детей с врожденной пневмонией преобладало ( $66,7 \pm 1,6\%$ ), по сравнению со 2-й группой ( $50,0 \pm 1,7\%$ ). Количество новорожденных детей с анемией также было несколько больше в основной группе —  $30,0 \pm 1,5\%$ , чем в группе сравнения, и их число составило  $23,3 \pm 1,4\%$ . ЗВУР у новорожденных детей в 1-й группе встречалась у значительно большего количества детей, что составило  $23,31,4\%$ , а во 2-й группе их число было в 3,5 раза меньше —  $6,7 \pm 0,8\%$ ). Кефалогематома была выявлена только у  $10,0 \pm 1,0\%$  детей в 1-й группе, а во 2-й группе таких детей не было. Количество новорожденных детей с неонатальной желтухой в 1-й группе незначительно преобладало ( $16,7 \pm 1,2\%$ ), по сравнению со 2-й группой ( $10,0 \pm 1,0\%$ ).

Важным обстоятельством было то, что у новорожденных детей основной группы в  $13,3\%$  случаев развился внутриутробный сепсис.

**Заключение.** Таким образом, у новорожденных детей с ГИЭ на фоне ВПС по сравнению с детьми с ГИЭ без ВПС среди сопутствующих заболеваний преобладает инфекционно-воспалительная патология и задержка внутриутробного развития.



## ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Рослова З.А., Ким А.В.

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

**Актуальность.** Приоритет медицинской профилактики в системе детского здравоохранения не вызывает сомнений. В период массовых ограничений, обусловленных распространением пандемии, актуальность приобретает поиск организационных форм проведения профилактических мероприятий среди детей.

**Цель исследования.** Анализ объемных величин основных профилактических мероприятий среди детского населения Санкт-Петербурга в 2019–2021 гг., а также специфики их проведения в период распространения COVID-19.

**Пациенты и методы.** В ходе исследования были проанализированы статистические данные об охвате детей Санкт-Петербурга, в том числе детей из групп социального риска, плановыми медицинскими профилактическими осмотрами, профилактическими прививками, динамическим диспансерным наблюдением, а также мероприятиями по пропаганде здорового образа жизни на индивидуальном и групповом уровнях в 2019–2020 гг.

**Результаты.** В ходе исследования были получены убедительные данные, указывающие на существенное сокращение основных профилактических мероприятий среди детского населения Санкт-Петербурга в 2020 г. в сравнении с 2019 г. Так, в 2020 г. при численности детского населения 947 039 чел. охват профилактическими медицинскими осмотрами сократился на 17,6%, составив 79,7%, в том числе детей из групп социального риска осмотрено меньше на 6,8%. Охват профилактическими прививками в рамках национального календаря сократился на 12,7%. Кратность посещений детских поликлиник детьми, состоящими под динамическим диспансерным наблюдением, сократилась в 1,9 раза, составив в 2020 г. в среднем 1,4 посещения в год. Схожая картина отмечена при оценке объемных величин проведения мероприятий по пропаганде здорового образа жизни. Так, групповых мероприятий (лекции, беседы, круглые столы и т.п.) в организованных детских коллективах проведено меньше в 4,6 раза, индивидуальных — меньше в 2,2 раза. Вместе с тем в 2020 г. в сравнении с 2019 г. значительно (в 8,9 раза) увеличилось число противоэпидемических мероприятий, проводимых в очагах инфекционных заболеваний.

**Заключение.** В условиях распространения новой коронавирусной инфекции, введения массовых ограничительных мероприятий, в том числе в организованных детских коллективах, происходит переориентирование основных ресурсов здравоохранения для оказания диагностических, лечебных и реабилитационных мер преимущественно за счет существенного сокращения мероприятий профилактического характера. В связи с чем в период пандемии особую актуальность приобретают организационные формы медицинской профилактики, основанные на индивидуальном подходе.



## ВРЕМЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Рубан А.П.<sup>1</sup>, Титова Н.Д.<sup>1</sup>, Буза Д.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУО БелМАПО, Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> УЗ 4 ГДКБ, Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Изучение распространенности и структуры аллергических заболеваний (АЗ) у детей позволяет оценить масштаб проблемы, динамику заболеваемости, сделать акцент на проблемных вопросах, а также оптимизировать методы лечебно-профилактической помощи детям.

**Цель исследования.** Провести анализ распространенности и структуры АЗ у детей Республики Беларусь.

**Пациенты и методы.** Распространенность ряда АЗ у детей Республики Беларусь рассчитана по итогам работы детской аллергологической службы страны в 2021 г. Проведен ретроспективный анализ 1217 медицинских карт (форма № 003/у-07) стационарных пациентов в возрасте от 1 мес до 18 лет, находившихся на лечении в специализированном аллергологическом отделении педиатрического стационара г. Минска в течение 2021 г., позволивший оценить структуру потребовавших госпитализации АЗ.

**Результаты.** Согласно отчетам детских внештатных аллергологов Республики Беларусь, в 2021 г. на учете состояло с бронхиальной астмой (БА) 19948, с атопическим дерматитом (АД) — 15436 и с аллергическим ринитом (АР) — 8637 детей в возрасте 0–17 лет. Распространенность данных АЗ соответственно составила 10,72; 8,3 и 4,64 случая на 1000 детей.

При анализе медицинских карт верифицированы 8 нозологий АЗ, а также ряд заболеваний, относящихся к другим группам: болезни кожи и подкожной клетчатки (L00–L99), болезни органов дыхания (J00–J99) и др. Структура заболеваний представлена следующим образом: БА (J45) – 44%, АД (L20) — 14,3%, острая крапивница (L50) — 11,25%, вазомоторный ринит и АР (J30) — 6,9%, АР, вызванный пылью растений (J30.1) — 3,45%, ангионевротический отек (T78.3) — 6,4%, хроническая крапивница (L50.8) — 5,6%, бронхит неуточненный (повторные обструктивные бронхиты) (J40) — 2,2%, многоформная эритема (L51) — 2,2%, токсидермия (L27) — 2%, травмы, отравления — 1%, инсектная аллергия (T14) — 0,65%, анафилактический шок (АШ) (T88.6, T78) — 0%.

**Заключение.** Показатели распространенности АЗ у детей Республики Беларусь составили: БА — 10,72, АД — 8,3 и АР — 4,64 случая на 1000 детей, что существенно ниже общемировых данных и может свидетельствовать о гиподиагностике. Среди госпитализированных детей у большей части (68,7%) имелись «базовые» АЗ (БА, АД, АР); у 17,7% — острые аллергические реакции, у 7,4% АЗ не верифицированы. Отсутствие шифра АШ требует внимания к пациентам из рубрик J45, L50.8 и T78.3 в плане полного выполнения диагностического алгоритма анафилаксии.

## НЕОНАТАЛЬНЫЕ АРИТМИИ: ОПЫТ ВЕДЕНИЯ

Рубан А.П.<sup>1</sup>, Лазарчик И.В.<sup>2</sup>, Клечан С.И.<sup>2</sup>, Кучук В.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГУО БелМАПО, Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> УЗ МОДКБ, а/г Лесной, Республика Беларусь

<sup>3</sup> УЗ Жодинская ГЦБ, Жодино, Республика Беларусь

**Актуальность.** Неонатальные аритмии — одна из наиболее сложных проблем в аритмологии. Обмен опытом в диагностике аритмий, а также в последующем ведении и реабилитации новорожденных с целью предотвращения неблагоприятного исхода и инвалидности всегда актуален.

**Цель исследования.** Оценить структуру нарушений ритма сердца (НРС) у новорожденных, представить варианты антиаритмической (ААТ), кардиотрофной, метаболической терапии.

**Пациенты и методы.** 35 новорожденных детей, госпитализированных в неонатологическое отделение МОДКБ. 1-ю группу, 18 детей (51,4%), составили пациенты со значимыми (жизнеугрожающими) НРС в виде пароксизмальной тахикардии (17 детей) и трепетания предсердий (1 ребенок). 2-я группа, 17 детей (48,6%), была представлена детьми с незначимыми НРС, в большей степени сочетанными. Методы: ретроспективное когортное исследование, клиничко-анамнестический.

**Результаты.** Купирование приступа НРС парентерально амиодароном потребовалось 14,28% (5/35) детей 1-й группы, у 2 — в комбинации с лидокаином и аденозинфосфатом. Амиодарон *per os* был назначен 28,6% (10/35) детей (из 1-й группы — 9). Метопролол *per os* применялся у 17 пациентов. Пропафенон — в 4 случаях (все дети из 1-й группы). Дигоксин получал 1 ребенок 1-й группы с сердечной недостаточностью 1-й степени. Креатинфосфат — 25,7% (9/35) детей, преимущественно из 1-й группы. Другие препараты из группы кардиотропных и метаболических средств были назначены 71,4,8% (25/35) пациентов. Кардиотоники использовались в 4 случаях, все пациенты относились к 1-й группе. 10 пациентов 1-й группы были проконсультированы аритмологом: 70,6% детей было рекомендовано продолжить амбулаторно ААТ и метаболическую терапию: амиодарон — 6 детям, пропафенон — 2 детям 1-й группы, метопролол чаще назначался в 1-й группе (10 и 7), без достоверных различий ( $\chi^2 = 1,06$ ,  $p = 0,3$ ). По 1 ребенку из разных групп продолжили амбулаторно получать дигоксин и эналаприл (в связи с ВПС). Метаболическая терапия была рекомендована 20,6% (7/34) детей.

**Заключение.** В структуре неонатальных аритмий значимые НРС составили 51,4%. Неонатальные аритмии требуют проведения комбинированной медикаментозной терапии (ААТ — в 91,4%, кардиометаболической — в 71,4%, кардиотонической — в 11,4 % случаев). Купирование аритмий парентеральными препаратами различных фармацевтических групп потребовалось в 14,3% случаев. После курса стационарного лечения 70,6% пациентов на амбулаторном этапе продолжили ААТ и метаболическую терапию.

## СТРУКТУРА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НЕОНАТАЛЬНЫХ АРИТМИЙ

Рубан А.П.<sup>1</sup>, Лазарчик И.В.<sup>2</sup>, Клечан С.И.<sup>2</sup>, Кучук В.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГУО БелМАПО, Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> УЗ МОДКБ, а/г Лесной, Республика Беларусь

<sup>3</sup> УЗ Жодинская ГЦБ, Жодино, Республика Беларусь

**Актуальность.** Выявление нарушений ритма сердца (НРС) у новорожденных и дальнейшее ведение пациентов имеет определенные трудности. С целью прогноза течения НРС у новорожденных требуются выявление и оценка факторов риска, одними из которых являются патогенетические.

**Цель исследования.** Выявить и оценить структуру патогенетических факторов неонатальных аритмий. Выявление закономерностей их сочетаний может иметь прогностическое и профилактическое значение в неонатальной аритмологии.

**Пациенты и методы.** 35 новорожденных детей с аритмиями, госпитализированных в неонатологическое отделение Минской областной детской клинической больницы. Оценке подлежали наследственный, антенатальный и перинатальный анамнезы. Методы: ретроспективное когортное исследование, клиничко-анамнестический.

**Результаты.** Наследственная отягощенность по НРС не выявлена. Структура соматической патологии матерей: анемия — у 40% (14/35); урологические воспалительные заболевания у — 17,1% (6/35); обострение хронических заболеваний — у 11,4% (4/35). ОРВИ во время беременности перенесли 34,3% (12/35), курили 8,57% (3/35) матерей. Угроза выкидыша — у 42,8% (15/35), гинекологические воспалительные процессы — у 22,8% (8/35), гестоз — у 11,4% (4/35), хроническая внутриутробная гипоксия плода и фетоплацентарная недостаточность — по 5,7% (2/35) случаев. Кесарево сечение и преждевременные разрывы плодных оболочек — по 4 случая (11,4%), по 1 эпизоду (2,85%) имелись родостимуляция, эпизиотомия, поперечное положение плода, статус 2-го ребенка из двойни. Срок гестации в среднем по когорте составил  $38,4 \pm 2,65$  (SD) нед, 34,3% (12/35) были рождены в сроке менее 39 нед. Средний вес при рождении  $3147,7 \pm 117,64$  (SD) г, детей с весом менее 2800 г было 22,8% (8/35). Интранатальные осложнения: острая гипоксия плода — у 11,4% (4/35), обвитие пуповины у — 17,1% (6/35) детей, мекониальная аспирация и дистресс-синдром по 5,7% (по 2/35).

**Заключение.** Большая часть новорожденных с аритмиями имеет комбинацию ряда неблагоприятных патогенетических факторов. Неблагоприятный антенатальный фон присутствовал в 97% (34/35) случаев, акушерско-гинекологические проблемы имелись у 51,4% (18/35) женщин, интранатальные осложнения выявлены в 51,4% (18/35). Высокий патогенетический полиморфизм обуславливает множественность причин для манифестации НРС.



## **ТЕХНОЛОГИИ «БЕРЕЖЛИВОЙ ПОЛИКЛИНИКИ» В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

**Рубежов А.Л., Ким А.В., Колоскова Т.М.**

*Стоматологическая поликлиника № 9, Санкт-Петербург, Российская Федерация  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский  
университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Актуальность.** Технологии «бережливой поликлиники» предусматривают оптимальное использование имеющихся материальных и трудовых ресурсов для удовлетворения потребности населения в различных видах стоматологической помощи и обеспечения качества оказываемых услуг.

**Цель исследования.** Оценить эффективность использования мобильного стоматологического кабинета (МСК) для проведения профилактических осмотров и мероприятий в организованных детских коллективах.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ эффективности использования ресурсов МСК для оказания профилактической стоматологической помощи детям в период 2014–2021 гг.

**Результаты.** Высокая распространенность заболеваний зубов у детей определяет загруженность детских стоматологов лечебно-диагностическими мероприятиями. Профилактика кариеса в условиях поликлиники проводится ограниченному количеству детей. Использование МСК позволило увеличить количество проводимых профилактических мероприятий с 2827 в 2014 г. до 14 253 в 2021 г. Базирование МСК на пришкольной территории минимизировало влияние на учебный процесс, обеспечило максимальную доступность профилактической помощи детям, полностью исключило временные и финансовые затраты родителей для сопровождения детей. Информирование родителей посредством «стоматологического сертификата» о состоянии зубов и необходимом лечении позволило упростить запись на прием к врачу-специалисту, оптимизировать время нахождения в поликлинике пациента, повысило удовлетворенность населения. Высокая пропускная способность МСК (до 40 детей в смену) позволила увеличить охват профилактическими осмотрами детей с 30% списочного состава в 2014 г. до 57% в 2021 г.

**Заключение.** Использование МСК позволяет разграничить потоки пациентов, оптимизировать работу персонала, совершенствовать систему записи на прием, сократить сроки ожидания плановой помощи, уменьшить количество посещений врача-специалиста с целью рутинного обследования. Внедрение электронной карты исключает дублирующие обследования, обеспечивает этапность и преемственность лечения. Благодаря регулярным осмотрам детей в организованных коллективах профилактика кариеса проводится своевременно.



## ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕДКОЙ СЕГМЕНТНОЙ ТРИСОМИИ 5Q13Q22: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Румянцева Н.В., Хурс О.М.

ГУ РНПЦ «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Редкая сегментная трисомия 5q13q22 возникает вследствие спорадической дупликации или наследования деривативной хромосомы от инсерции. Хромосома 5 — одна из самых частых хромосом-«доноров» в инсерциях. Для уточнения фенотипа дупликаций 5q необходимо накопление информации о пациентах.

**Цель исследования.** Представить клинические проявления унаследованной сегментной трисомии 5q13q22 для расширения знаний о редких формах аутосомного дисбаланса и оптимизации ранней диагностики хромосомной патологии.

**Пациенты и методы.** Семья обследована для уточнения причины умственной отсталости у дочери с использованием клинико-генеалогического и цитогенетического (GTG-banding) методов. Проанализированы фенотипические характеристики у пробанда с дисбалансом, унаследованным от матери — носительницы инсерции ins (8;5) (q22.3;q13q22). Проведен обзор данных мировой литературы по фенотипу пациентов со сходным цитогенетическим статусом.

**Результаты.** У пробанда кариотип 46,XX,der (8)ins (8;5) (q22.3;q13q22)dmат. Диагноз: хромосомная болезнь, сегментная трисомия 5q13q22, унаследованная.

Девочка родилась в срок с массой 3550 г, длиной тела 50 см, окружностью головы 34 см. При осмотре в 7 и 11 лет отмечены тяжелая умственная отсталость, отсутствие речи (слух сохранен), проявления аутизма, расторможенность, дистония, нарушение походки и мелкой моторики, отсутствие навыков самообслуживания. Микроцефалия, низкий скошенный лоб, низкий рост волос на лбу и висках, густые брови в медиальных и редкие в латеральных областях. Крупные дисморфичные ушные раковины, околоушная привеска. Узкие горизонтальные глазные щели, эпикант, энтофтальм, косоглазие, астигматизм. Короткий нос с высокой спинкой и толстым кончиком, длинный плоский фильтр. Прогнатия, микрогения, высокое небо, аномальная позиция зубов (“crowded”), крупные верхние резцы. Полителия. Короткая шея, сколиоз, контрактуры в крупных суставах. Особенности формы пальцев кистей. Стопы длинные, узкие, арахнодактилия, широкие дистальные фаланги 1-х пальцев, hallux valgus. УЗИ: пороков сердца, почек, органов брюшной полости не обнаружено.

У 4 из 5 известных пациентов с дупликацией интерстициальных участков 5q выявлен порок сердца, в 3 случаях — сколиоз.

**Заключение.** По данным анализа клинических проявлений у пробанда с унаследованной трисомией 5q13q22 от матери — носительницы ins (8;5) и у 5 известных пациентов со сходным дисбалансом очевидно, что избыток материала сегментов 5q11~13q22~23 проявляется общими признаками аутосомного дисбаланса (микроцефалия, умственная отсталость, дисморфии, пороки сердца). Типичный паттерн лицевых дисморфий и аномалий развития не выделен, тяжелые формы пороков и ранняя летальность нехарактерны. Инвалидизация пациентов определяется умственной отсталостью.

## ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕТА И СИСТЕМАТИЗАЦИИ ДАННЫХ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 В ГБУЗ ДГП № 133 ДЗМ

Русинова Д.С.<sup>1,2</sup>, Арестомбаева К.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Детская городская поликлиника № 133 Департамента здравоохранения  
Москвы», Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация

**Актуальность.** В начале пандемии COVID-19 алгоритмы диагностики и лечения детей были непонятны. Для принятия правильных решений и накопления опыта по клиническому течению заболевания потребовалось группировать пациентов по определенным признакам.

**Цель исследования.** Обеспечить контроль над эпидемиологической ситуацией в условиях пандемии COVID-19 и систематизировать данные.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находились пациенты, прикрепленные к ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ», в возрасте с рождения до 18 лет. Разработаны регистры пациентов, куда ежедневно вносились даты заболевания COVID-19, даты подтверждения диагноза, контактные лица, даты и результаты лабораторных и инструментальных исследований, эпидемиологический анамнез.

**Результаты.** Всего заболевших детей COVID-19, наблюдавшихся в поликлинике, за 2020 г. — 2935, за 2022 г. — 4164 случаев. Все пациенты внесены в регистры, и можно отфильтровать данные по различным признакам, например по возрасту, полу, по длительности заболевания, по количеству контактных, наличию осложнений в постковидном периоде: 1) Регистр пациентов, перенесших COVID-19; 2) Регистр пациентов с признаками ОРВИ; 3) Регистр пациентов, контактных по COVID-19; 4) Регистр пациентов, прибывших из-за рубежа; 5) Регистр пациентов с пневмонией; 6) Регистр пациентов, контактных с больным пневмонией; 7) Регистр сотрудников ГБУЗ ДГП № 133 ДЗМ, перенесших COVID-19. Всего детей с катаральными явлениями зарегистрировано 9325 человек, а в 2021 г. — 11 939 детей.

**Заключение.** Ведение регистров пациентов позволило проанализировать данные за весь период пандемии COVID-19, оптимизировать алгоритмы работы. Наличие таких регистров помогает выявить особенности болезни в различных возрастных группах.

## ДИЗУРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Русинова Д.С.<sup>1, 2</sup>, Дворецкая Т.И.<sup>1</sup>, Арсланова И.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Детская городская поликлиника № 133 Департамента здравоохранения  
Москвы», Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Частота встречаемости жалоб на различные нарушения мочеиспускания (частое мочеиспускание, императивные позывы, различные виды недержания мочи, изменения в анализах мочи) на приеме у врача — детского уролога достигает 30%.

**Цель исследования.** Оптимизация алгоритма маршрутизации пациентов от участковых педиатров к детскому урологу.

**Пациенты и методы.** Ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, обратившихся на амбулаторный прием к детскому урологу за период с 01 января 2021 по 31 декабря 2021 с жалобами на различные симптомы нарушения акта мочеиспускания.

**Результаты.** Для оптимизации лечебно-диагностического процесса и уменьшения необоснованных посещений пациентов с дизурией педиатров и врачей — детских урологов в поликлинике определен регламент направления к врачу-специалисту. При первичном приеме педиатра пациентов с дизурией, назначаются дневник мочеиспусканий, а также общеклинические анализы крови и мочи. К врачу — детскому урологу направляется ребенок уже с подробно собранным анамнезом, подробным дневником мочеиспусканий. Иные методы обследования назначаются уже узким специалистом. Направление на консультацию на 3-й уровень проводится только профильным специалистом.

**Заключение.** Проведенный анализ позволил разработать алгоритм для участковых педиатров, выделить группу пациентов, нуждающихся в консультации профильного врача. Оптимизировано количество визитов пациентов к педиатру и узкому специалисту, а также уменьшилось количество необоснованных диагностических процедур.

## ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ ПОСЛЕ COVID-19 В ГБУЗ ДГП № 133 ДЗМ

Русинова Д.С.<sup>1,2</sup>, Мартаков М.А.<sup>1</sup>, Могутнова Н.Ф.<sup>2</sup>, Марушко П.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Детская городская поликлиника № 133 Департамента здравоохранения  
Москвы», Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация

**Актуальность.** По мере развития пандемии появляется информация о течении COVID-19 у детей. Необходимо изучение особенностей клинической картины экссудативного перикардита после COVID-19 в детской популяции. Общей статистики по частоте зарегистрированных случаев на данный момент нет.

**Цель исследования.** Оценить клиническое течение, эффективность лечения и диспансерного наблюдения детей с экссудативным перикардитом после перенесенного COVID-19 на поликлиническом этапе.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находились 6 детей, перенесших COVID-19, осложненного развитием экссудативного перикардита. Перикардит диагностирован с помощью стандартных клиничко-анамнестических, инструментальных (ЭКГ, ЭхоКГ), лабораторных методов. Для дифференциальной диагностики проведены следующие обследования: определение АСЛ-О, специфических антител IgM и IgG к вирусам, микоплазмам, хламидиям. При постановке диагноза «экссудативный перикардит» использовали критерии, рекомендованные ESK (2015).

**Результаты.** Лечение экссудативного перикардита включало режим, диету, противовоспалительную и симптоматическую терапию. По данным федеральных клинических рекомендаций, вирусный экссудативный перикардит, как правило, сочетается с вирусным миокардитом. У всех пациентов в лечении применялся ибупрофен в дозе 30–50 мг в 3 приема в течение 4 нед. Контроль эффективности лечения осуществлялся на основании анализа динамики клинических проявлений, лабораторных данных, оценки эхокардиографической картины экссудативного перикардита у ребенка. В связи с неэффективностью терапии НПВС ребенку 17 лет с персистирующим экссудативным перикардитом был назначен колхицин как препарат второй линии 0,5 мг 2 раза в день на фоне комбинированной терапии НПВС длительностью 1 мес с положительным клиническим эффектом. На фоне терапии под контролем ЭхоКГ выпот купирован. На данный момент наблюдение за детьми продолжается, в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями, все дети поставлены на диспансерный учет кардиолога поликлиники с проведением ЭхоКГ 2 раза в течение года после реконвалесценции.

**Заключение.** В настоящее время большинство клиницистов сходятся во мнении, что COVID-19 у детей протекает легко, выздоровление наступает в течение 1–2 нед. Однако сочетанное поражение органов, бессимптомное в начале заболевания течение экссудативного перикардита и пневмонии определяют важность длительного динамического наблюдения за детьми, перенесшими COVID-19. Необходимы дальнейшие исследования по разработке эффективных программ диспансерного наблюдения и реабилитации указанной категории пациентов.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Русинова Д.С.<sup>1, 2</sup>, Язев В.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 133 Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Посещение поликлиник в 2020 г. было ограничено в целях безопасности и соблюдения режима самоизоляции в условиях пандемии COVID-19. Однако потребность в проведении лечебной физкультуры детям с патологией опорно-двигательного аппарата оставалась.

**Цель исследования.** Организовать комплексную и своевременную дистанционную реабилитацию для детей, которые не могут посещать занятия лечебной физкультурой в очном формате.

**Пациенты и методы.** На электронную почту ДГП № 133 родители присылали номер телефона и медицинского полиса ребенка. Инструкторы по лечебной физкультуре связывались с родителями и записывали на удобное время для подключения на дистанционную консультацию к врачу ЛФК и заведующему отделением медицинской реабилитации. Для эффективности занятий были сформированы группы по возрастам и потребностям. Занятия были предназначены для пациентов от 3,5 до 17 лет с помощью программы Zoom под руководством инструкторов ЛФК.

**Результаты.** К дистанционным занятиям подключались дети из других административных округов г. Москвы, московской области и городов Российской Федерации. 147 детей получили дистанционные занятия по итогу апреля и мая 2020 г. Ежедневно было 8 групп детей, объединенных по возрасту и потребностям, по 7 человек в каждой, а также 23 ребенка, с которыми занимались индивидуально. Курс состоял из 10 занятий по 20 мин. Дополнительно в мае 2020 г. сотрудниками отделения был разработан и внедрен в дистанционные занятия специальный комплекс дыхательной гимнастики для детей, перенесших COVID-19. С начала июня 2020 г. мы организовали прямые эфиры ЛФК в социальных сетях ДГП № 133 продолжительностью 20 мин, в которых предлагали упражнения при нарушении осанки и плоскостопии. Трансляции были доступны и по завершении прямых эфиров. Дистанционные занятия продолжаются по настоящее время. После возобновления очных занятий лечебной физкультурой в период ослабления роста заболеваемости COVID-19 мы объединили их с дистанционными в момент неплотной записи детей на ЛФК.

**Заключение.** В условиях пандемии COVID-19 ранняя реабилитация детей с применением дистанционных технологий эффективна и безопасна. При поступлении на курс медицинской реабилитации незамедлительно после проведенного лечения прогнозируется более высокий реабилитационный потенциал и эффективность восстановительных мероприятий, что положительно влияет на динамику конечных показателей в соматическом и нервно-психическом состоянии пациентов.



## ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ГЕПАТОБИЛИАРНОГО ТРАКТА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Рыбакова О.Г., Петрунина С.Ю., Мариничева Е.С.

*ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Челябинск, Российская Федерация  
ГБУЗ ДГКБ № 7, Челябинск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Ожирение в детском возрасте является фактором риска развития многих «болезней цивилизации». Наличие метаболических изменений при ожирении, несомненно, накладывает отпечаток на течение всех хронических заболеваний, в том числе желудочно-кишечного тракта.

**Цель исследования.** Определить частоту встречаемости изменений органов гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы у детей с ожирением и хроническим гастродуоденитом.

**Пациенты и методы.** Пациентам предлагалось участвовать в исследовании при поступлении в гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ ДГКБ № 7. Критерии включения: согласие пациента и родителей, возраст от 7 до 18 лет, нормальные и высокие значения индекса массы тела, наличие хронического гастродуоденита. Всего в исследование были включены 100 детей и разделены на 2 группы: 1-я группа (n = 50) — дети с нормальной массой тела, 2-я группа (n = 50) — дети с ожирением (SDS ИМТ > +2).

**Результаты.** По данным УЗИ органов брюшной полости в группе детей с ожирением статистически значимо чаще выявлялось диффузное изменение поджелудочной железы — 72% против 20% в 1-й группе ( $p < 0,05$ ), причем у 40% детей 2-й группы отмечалось повышение концентрации амилазы в сыворотке крови, что было расценено как проявление панкреатита. У 60% детей 2-й группы было выявлено увеличение размеров печени против 12% в 1-й группе ( $p < 0,05$ ), у 72% детей 2-й группы была выявлена дискинезия желчевыводящих путей против 40% в 1-й группе ( $p < 0,05$ ). Биохимический скрининг крови показал, что среднее значение сывороточной концентрации общего холестерина детей 1-й группы составило  $3,32 \pm 0,22$  ммоль/л, в группе детей с ожирением —  $4,72 \pm 0,19$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). По другим показателям статистически значимых отличий выявлено не было.

**Заключение.** В группе детей с ожирением чаще выявляются эхографические изменения со стороны паренхиматозных органов: диффузные изменения поджелудочной железы, увеличение размеров печени с сопутствующей дискинезией желчевыводящих путей; отмечаются более высокие средние значения уровня общего холестерина, указывающие на особенности липидного обмена. Выявленные изменения в дальнейшем могут быть связаны с формированием обменных заболеваний гепатобилиарной системы. Таким образом, ожирение у детей является мультидисциплинарной проблемой.

## РОЛЬ ЭНДОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ

Рябов А.Б.<sup>1, 2</sup>, Поддубный И.В.<sup>2, 3</sup>, Трунов В.О.<sup>2, 4</sup>, Куркин А.П.<sup>2</sup>,  
Хижников А.В.<sup>2</sup>, Милащенко Т.А.<sup>2</sup>, Медведева А.О.<sup>2</sup>, Рыков М.Ю.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>5</sup> ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

**Актуальность.** Один из основных методов лечения пациентов с новообразованиями печени — хирургический. На сегодняшний день в медицине отмечается важная тенденция к уменьшению травматичности. Один из вариантов — разработка и внедрение малоинвазивных хирургических техник, которые облегчают течение послеоперационного периода и реабилитацию.

**Цель исследования.** Выбор оптимальной тактики хирургического лечения детей с опухолями печени.

**Пациенты и методы.** С 2014 по 2020 г. в Морозовской ДГКБ получали лечение 26 пациентов в возрасте 0–17 лет с опухолями печени, из них 16 (61,5%) мальчиков, 10 (38,5%) девочек. Пациентов с гепатобластомами — 17 (68%), с гепатоцеллюлярным раком, эмбриональными саркомами печени и фокально-нодулярными гиперплазиями — по 2 (8%), с аденомой и гамартомами — по 1 (4%). В морфологической картине чаще встречалась гепатобластома (16 пациентов). Выполнено 25 резекций печени, из них у 5 (20%) пациентов (возраст 3–9 лет) применены малоинвазивные технологии.

**Результаты.** Длительность операции в группе пациентов, оперированных лапароскопическим доступом (30–60 мин), значительно меньше в сравнении с лапаротомным (180–270 минут). Объем интраоперационной кровопотери при лапаратомии более чем в 5 раз превышает аналогичный показатель при лапароскопии. В группе пациентов, оперированных с применением открытого доступа, интраоперационные осложнения отмечали в 2 (8%) случаях: летальный исход (4%) и повреждение внепеченочных желчевыводящих путей (4%).

**Заключение.** Применение лапароскопических технологий позволило уменьшить время операции, снизить объем кровопотери и профилактировать развитие осложнений как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде, сократить сроки стационарного лечения, начать раннюю мобилизацию пациента, энтеральную нагрузку, химиотерапию, снизить лекарственную нагрузку, а также провести радикальную операцию.

## ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ У ДЕТЕЙ: КОМОРБИДНОСТЬ

Саванович И.И.<sup>1</sup>, Чеченкова Е.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> УО «Гомельский государственный медицинский университет»,  
Гомель, Республика Беларусь

**Актуальность.** Среди заболеваний пищевода эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) занимает второе место по распространенности после гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и является главной причиной дисфагии и острых эпизодов вклинения пищи в пищевод у детей.

**Цель исследования.** Определить структуру коморбидной патологии у детей с эозинофильным эзофагитом.

**Пациенты и методы.** Предметом данного научного исследования стали 34 пациента в возрасте от 2 до 18 лет с установленным диагнозом «эозинофильный эзофагит». Проведен анализ медицинских документов («Историй развития ребенка», «Медицинских карт стационарного пациента», выписок из «Медицинских карт стационарного пациента»). Исследование включало статистическую обработку с помощью программного обеспечения STATISTICA 13.

**Результаты.** Из общего количества выявленных случаев 26 были мальчики (76,47%; 58,83–89,25) и 8 — девочки (23,53%; 10,75–41,17). Средний возраст пациентов составил  $12,20 \pm 4,16$  года.

Всем детям было проведено комплексное клинико-лабораторно-инструментальное обследование, в том числе эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки из пищевода, антрального отдела желудка, 12-перстной кишки, алергодиагностика; выставлен клинический диагноз «эозинофильный эзофагит». Главным критерием верификации ЭоЭ явилось наличие не менее 15 эозинофилов в одном или нескольких биоптатах в поле зрения микроскопа высокого разрешения ( $\times 400$ ).

Нами было проанализировано наличие сопутствующей атопической патологии у данной группы детей. Она была выявлена у 23 детей (67,65%), из них у 4 пациентов (11,76%) с аллергическим ринитом, у 2 детей (5,88%) с бронхиальной астмой; с сочетанием аллергического ринита и бронхиальной астмы — 9 человек (26,47%), с атопическим дерматитом — 8 детей (23,53%).

**Заключение.** Эозинофильный эзофагит с точки зрения диагностики представляет собой сложную проблему, поскольку аналогичные клинические симптомы могут наблюдаться и при других заболеваниях. Наличие отягощенного аллергоанамнеза позволяет заподозрить ЭоЭ у пациентов.



## СИНДРОМ ПРАДЕРА – ВИЛЛИ: ТРУДНЫЙ ПУТЬ К ДИАГНОЗУ

Савченко О.А., Полянская Н.А., Поповская К.В.

ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, Омск, Российская Федерация

**Актуальность.** Синдром Прадера – Вилли (СПВ) — хромосомная аномалия, связанная с поражением проксимальной области длинного плеча 15-й хромосомы. Средний возраст установления диагноза приходится на 3-й год жизни. На современном этапе постановка диагноза СПВ в неонатальном периоде чрезвычайно сложна.

**Цель исследования.** Описание клинического случая синдрома Прадера – Вилли у недоношенного ребенка.

**Пациенты и методы.** История болезни недоношенной девочки М. с гестационным возрастом 32 нед 5 дней, из дихориальной диамниотической двойни, родившейся и получившей лечение в условиях БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр» г. Омска. Сибс — сестра, здорова. Проведение у недоношенной девочки диагностического поиска причин развития симптомокомплекса «вялого ребенка» с учетом анамнестического, объективного, лабораторного и инструментального обследования.

**Результаты.** Девочка М., первый ребенок из двойни, от молодых родителей. Роды преждевременные, в 32 нед. Масса при рождении — 1809 г, длина — 41 см, что соответствует гестационному возрасту. При рождении состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности и гемодинамических нарушений. В неврологическом статусе — симптомы угнетения ЦНС с выраженной мышечной гипотонией. По результатам исследования хромосомной патологии не выявлено. Дифференциальный диагноз проводился между нервно-мышечными заболеваниями, синдромальной формой патологии, наследственными болезнями обмена веществ и митохондриальными заболеваниями. Методом газовой хроматографии исключены наследственные аминокислотопатии, органические ацидурии и дефекты митохондриального бета-окисления. При энзимодиагностике исключена болезнь Помпе. Не установлена делеция экзона 7 гена SMN1, что исключает спинально-мышечную атрофию 1-го типа. Исследование методом FISH установило делецию в сегменте 15q11 генов SNRHN и UBE3A, характерных для синдрома Прадера – Вилли. С возрастом формируется фенотип синдрома Прадера – Вилли.

**Заключение.** Синдром Прадера – Вилли у наблюдаемого ребенка был установлен в 3 мес жизни. Трудности ранней диагностики обусловлены отсутствием типичных фенотипических проявлений заболевания в неонатальном периоде, неотягощенным семейным анамнезом и наличием здоровых сибсов. Симптомокомплекс «вялого ребенка» с выраженной мышечной гипотонией послужил отправной точкой для дифференциально-диагностического поиска.



## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Салова М.Н., Шеманаева Е.В., Клепикова Т.А.

*ОБУЗ ИКБ им. Куваевых, детская поликлиника № 8, Иваново,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Последствия перинатальных поражений центральной нервной системы (ПП ЦНС) в виде цефалгий различного генеза, когнитивных и поведенческих отклонений выявляются у 30% школьников, часто они усугубляются нарушениями микросоциальных условий жизни ребенка.

**Цель исследования.** Обосновать необходимость оказания медико-социальной помощи детям с заболеваниями нервной системы на основании выявленных у них эмоционально-поведенческих нарушений и особенностей семейного воспитания.

**Пациенты и методы.** Осуществлено комплексное психологическое обследование 89 детей 9–11 лет с последствиями ПП ЦНС с помощью теста тревожности Филиппа, проективного теста Коха «Дерево», метода социометрии, изучения самооценки по тесту «Я и школьные знания» (А. Прихожан). Выявление типов нарушения семейного воспитания проведено с помощью опросника анализа семейного воспитания (Эйдемиллер Э.Г., 1996). Группу контроля составили 63 неврологически здоровых ребенка.

**Результаты.** У половины детей с последствиями ПП ЦНС выявлен повышенный и высокий уровень тревожности, в отличие от детей группы сравнения с нормальным уровнем. У детей I группы были выше общая тревожность в школе, страх самовыражения, проверки знаний, не соответствовать ожиданиям окружающих, а также низкая физиологическая сопротивляемость стрессу. У них был выявлен больший уровень импульсивности, агрессивности, нейротизма, склонности к пониженному настроению, ранимости, более низкий уровень дисциплинированности. Низкую самооценку имели 24,7% детей I группы и 6,3% — II. Неблагоприятный социальный статус среди детей I группы выявлялся чаще, чем во II группе (42,7 и 6,67%,  $p < 0,001$ ). Демократический стиль семейного воспитания достоверно чаще был у детей без последствий ПП ЦНС. В условиях гиперпротекции воспитывались 62,9% детей I группы, в результате чего дети становились неуверенными в себе, 13,5% — в условиях повышенной моральной ответственности. В группе детей с последствиями ПП ЦНС чаще встречались личностные проблемы родителей: воспитательская неуверенность, непоследовательность и несогласованность воспитания, фобии утраты ребенка, проецирование на ребенка своих проблем, неотрагированных чувств, чрезмерность запретов.

**Заключение.** Высокий уровень тревожности, низкая самооценка, склонность к конфликтам, низкая дисциплинированность, неблагоприятный социальный статус являются важными социально значимыми проблемами детей с последствиями ПП ЦНС. В программе медико-социального сопровождения детей с последствиями ПП ЦНС, реализуемой педиатром и неврологом детской поликлиники, следует уделять большее внимание вопросам семейного воспитания, направленного на обучение ребенка навыкам адекватности эмоциональных проявлений, снятию напряжения, саморегуляции, повышению коммуникативных навыков.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ТРУДНОСТЯМИ ШКОЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ**

**Салова М.Н., Силкина Н.Н., Салова Н.А.**

*ОБУЗ «Ивановская клиническая больница им. Куваевых»,  
Иваново, Российская Федерация  
Детская поликлиника № 8, Иваново, Российская Федерация*

**Актуальность.** Причинами школьных проблем у детей зачастую является недостаточность высших корковых функций, обусловленная нарушением деятельности функциональных блоков мозга — энергетического, информационного и операционального.

**Цель исследования.** Выявить эффективность разработанной нейропсихологической кинезотерапии для повышения качества усваивания учебного материала обучающимися.

**Пациенты и методы.** Для оценки эффективности кинезотерапии были взяты две группы детей с разными интеллектуальными возможностями. 1-ю группу составили 55 обучающихся 1-го класса общеобразовательной школы (разделены на экспериментальную (29 детей) и контрольную (26 детей) подгруппы). Во 2-ю группу были включены 28 обучающихся 5-го и 6-го классов коррекционной школы для детей с интеллектуальными нарушениями, также разделенные на подгруппы по 15 и 13 человек соответственно. В начале и в конце II учебной четверти была проведена диагностика уровня высших психических функций у детей обеих групп. Она включала определение объема восприятия, переключения и распределения произвольного внимания, слуховой и зрительной памяти и мышления (способности выделять существенное).

**Результаты.** Кинезотерапия состоит из нескольких разделов, направленных на сосредоточение внимания ребенка и последовательную активизацию энергетического, информационного и операционального блоков мозга. После проведения курса специальной гимнастики, направленной на стимуляцию школьно-необходимых функций мозга с учетом воздействия на нейропсихологические блоки мозга, среди обучающихся с нормальным интеллектом отмечено достоверное снижение количества детей с низким уровнем восприятия, произвольного внимания, слуховой памяти и мышления. У детей с интеллектуальной недостаточностью гимнастика для активизации деятельности мозга способствовала улучшению уровня восприятия и внимания.

В контрольных группах отмечено некоторое улучшение высших мозговых функций в течение 3 мес, что, вероятно, связано с общим развитием детей.

Кроме этого, были получены положительные отзывы детей на проведение физкультминуток перед уроками, они отмечали улучшение самочувствия, настроения, чувство бодрости, большую сосредоточенность на выполнении учебных заданий на уроке.

**Заключение.** Включение предложенного комплекса в процесс обучения детей как с нормальными умственными способностями, так и с интеллектуальными нарушениями позволило повысить уровень школьно-необходимых мозговых функций, таких как восприятие и произвольное внимание, а также способствовало улучшению запоминания информации.



## ОЦЕНКА СОСТАВА ТЕЛА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Самойлова Ю.Г., Захарчук П.И.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Индекс массы тела (ИМТ), широко применяемый в педиатрической практике, не является надежным прогностическим показателем риска развития коморбидных состояний, регистрируемых при избыточной массе тела, так как при его оценке не учитываются топография жировой ткани и особенности состава тела. Висцеральное ожирение, являющееся причиной развития метаболических нарушений при избыточной массе тела, также не всегда сопровождается изменениями ИМТ.

**Цель исследования.** Изучить особенности компонентного состава тела детей младшего школьного возраста.

**Пациенты и методы.** В исследовании приняли участие 430 детей в возрасте от 8 до 12 лет. Обследование включало в себя антропометрию (рост, вес, ИМТ, SDS ИМТ) и анализ состава тела аппаратом Inbody 770 (Inbody Co. Ltd., Корея). Статистическая обработка результатов проводилась посредством SPSS Statistics 25.0.

**Результаты.** Возраст обследованных девочек составил 9,8 [8,9; 10,5] лет, вес — 33,3 [28,9; 39,9] кг, рост — 138,0 [133,0; 144,9] см, SDS ИМТ — 0,4 [-0,5; 1,4]. Средний показатель жировой массы тела по данным биомпедансметрии регистрировался на уровне 7,9 [5,4; 11,9] кг, процент жировой массы тела — 24,8 [18,9; 31,4] %, площадь висцерального жира — 32,9 [23,6; 55,3] см<sup>2</sup>. Висцеральное ожирение зарегистрировано в 100% случаев у девочек, имеющих ожирение (n = 25), в 59,1% — у девочек с избыточной массой тела (n = 44) и в 7,3% случаев — у девочек с нормальной массой тела (n = 123). У 8,1% девочек с нормальной массой тела отмечена повышенная жировая масса.

Возраст обследованных мальчиков составил 9,7 [8,8; 10,7] лет, вес — 36,5 [30,5; 43,8] кг, рост — 139,5 [134,1; 145,4] см, SDS ИМТ — 1,0 [0,0; 1,9]. Жировая масса тела по данным биомпедансметрии составила 8,9 [5,8; 14,5] кг, процент жировой массы тела — 25,3 [18,8; 33,3] %, площадь висцерального жира — 35,1 [22,5; 64,8] см<sup>2</sup>. Висцеральное ожирение зарегистрировано в 100% случаев у мальчиков, имеющих ожирение (n = 54), в 56,5% — у мальчиков с избыточной массой тела (n = 69) и в 2,8% случаев — у мальчиков с нормальной массой тела (n = 108). В 17,6% случаев мальчики с нормальной массой тела имели повышенную жировую массу. Превышений по данным показателям не зарегистрировано у мальчиков и девочек, имеющих дефицит массы тела.

**Заключение.** Более точно отразить метаболический статус детей для своевременного вмешательства позволяют признаки висцерального ожирения, выявленные в процессе обследования в группах детей как с избытком массы тела, так и без такового. Диагностировать признаки развития ожирения у детей на ранних этапах независимо от индекса массы тела позволяет применение нелучевого неинвазивного метода биоимпедансметрии.

## ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ И КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ

Самороднова Е.А., Файзуллина Р.А., Лазарев В.С., Сафина Р.И.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ», Казань, Республика Татарстан,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Влияние питания на формирование здоровья является ключевым во все периоды детства, однако особое значение питание беременной и кормящей женщины имеет во внутриутробном периоде развития и первые два года жизни ребенка.

**Цель исследования.** Выявить взаимосвязь формирования пищевого поведения у детей грудного возраста с питанием их матерей в период беременности и кормления грудью.

**Пациенты и методы.** Изучены особенности питания в грудном возрасте 173 детей на основании анкетирования 120 матерей. Возраст респонденток — 21–48 лет, в среднем 33,8 года.

**Результаты.** Среди опрошенных 93% имели высшее образование. В 48% случаев ребенок был первенцем, в 32% — вторым, в 17,5% — третьим, в 2,5% — четвертым в семье. Патологическое течение беременности отмечалось в 55%: анемия — в 33%, в 10% — ранний и в 7% — поздний гестозы, обострения хронических заболеваний — у 4% женщин. Анализ питания выявил следующие тенденции: в 69% отмечалось несбалансированность рациона — употребление больше рекомендуемого определенных типов продуктов (фрукты/ягоды — 22%, мясные продукты — 12% и сладости (сахар, мед и кондитерские изделия) — 10%). Рационально употребляли в пищу фрукты/ягоды 40%, овощи — 30%, молочные продукты и сыры — 26%, мясо — 22%. Исключались из питания чаще макаронные изделия (30%), сладости (29%), хлебобулочные изделия (27%). К груди были приложены в родильном зале 76% детей, 16% — в первые сутки и 8% — на 2-й день и позднее. Грудное вскармливание до 6 мес — 61% детей, 18% — на исключительно грудном вскармливании до 9 мес. Раннее искусственное вскармливание — у 21% детей. В период кормления грудью чаще употреблялись овощи (33%), мясные продукты (24%), молочные продукты (21%). Исключали из своего рациона и редко употребляли сладости до 63% опрошенных, рыбу и морепродукты — до 53%. При введении прикорма у 75% детей не наблюдалось какой-либо негативной реакции, у 21% была диагностирована пищевая аллергия на молочное, цитрусовые. До 55% мам ответили, что наибольший интерес у детей на первом году жизни вызывали фрукты, что, видимо, связано с их сладким вкусом и, возможно, с питанием матери. На общий стол были переведены к концу первого года жизни более чем 2/3 детей. При этом у 1/3 детей на втором году жизни сохранялось предпочтение сладким продуктам, 11% детей — соленым (их матери в период беременности перенесли гестоз) и 5% нравились продукты с кислым вкусом.

**Заключение.** Таким образом, вкусовые предпочтения детей раннего возраста напрямую связаны с питанием матери во время беременности и кормления грудью.

## САМОЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

Самороднова Е.А., Закирова А.М., Сахabetдинов Б.А.

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань,  
Республика Татарстан, Российская Федерация*

**Актуальность.** Болевой синдром в клинической картине заболеваний у детей является одним из наиболее часто встречающихся, характеризуется многообразием причин и факторов, приводящих к его развитию, что требует индивидуального подхода к терапии. Интенсивность его проявления всегда имеет не только физическую, но и эмоциональную составляющую, поэтому нередко препараты для купирования боли применяют без предварительной консультации с врачом.

**Цель исследования.** Изучить практику самолечения болевого синдрома у детей и подростков.

**Пациенты и методы.** Проведено анонимное анкетирование 96 детей и подростков в возрасте от 10 до 17,5 лет (мода — 15,5 лет). Распределение по полу было следующим: 69,8% — девочки, 30,2% — мальчики.

**Результаты.** У всех опрошенных хотя бы однократно регистрировались боли различной этиологии с интенсивностью от 4 до 7 баллов по субъективной 10-балльной шкале, их частота составила: ежедневно — 21,9%, еженедельно — 21,9%, ежемесячно — 26%, реже — 30,8%; по локализации (нередко 2 и более области): боли в животе — 63,5%, цефалгии — 58,3%, суставные боли — 29,2%, кардиалгии — 20,8%, зубные боли — 15,6%.

Для купирования боли более 80% респондентов самостоятельно использовали нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в пероральной и/или местной форме, остальные применяли антациды, спазмолитики или комбинированные средства. Только 53,3% опрошенных обратились к врачу с целью диагностики и назначения лечения, а более 60% детей отметили, что начали самолечение анальгетиками даже без контроля родителей с 10–14 лет.

Для купирования болевого синдрома 89% детей принимали анальгетики не более 2 раз в день, остальные — чаще. 88 из 96 утверждали, что осведомлены о побочных действиях НПВС, но 6,3% уверены в отсутствии побочного эффекта, при этом более 18% отметили у себя жалобы после длительного применения в виде чувства дискомфорта, колющей или жгущей боли в эпигастрии, 6,3% — аллергии.

**Заключение.** Установлено, что самолечение боли у детей является крайне распространенной практикой, основными негативными моментами данной ситуации являются позднее обращение к врачу при болевом синдроме, риск развития осложнений основного заболевания и побочных эффектов вследствие длительного бесконтрольного применения НПВС и других препаратов детьми и подростками.

## ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ НЕФРОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ В Г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ

Сафина Е.В., Зеленцова В.Л., Плотникова И. А., Мышинская О.И.

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

**Актуальность.** По данным ВОЗ, в последние годы повсеместно отмечается увеличение детей с ХПБ и ХПН. В Екатеринбурге в последние годы регистрируется стойкий прирост заболеваемости — за 7 лет на 13,2%. С 2013 по 2019 г.

**Цель исследования.** Проанализировать общую и возрастную структуру нефроурологической заболеваемости у детей Чкаловского района г. Екатеринбурга.

**Пациенты и методы.** Проведена оценка статистических данных по первичной обращаемости к врачу-нефрологу (форма N 025-1/у) за период 2017–2019 гг.

**Результаты.** Расчеты показали, что общая заболеваемость по болезням почек увеличилась за изучаемый период с 6,4 до 10,0‰ на 1000 детского населения района. Первичная заболеваемость также возросла за три года с 1,7 до 3,3‰ на 1000 детского населения.

Структура нефроурологической патологии за последний год изучаемого периода (2019) представлена микробно-воспалительными заболеваниями мочевых путей (70%), уродинамической патологией (12%), метаболическими нарушениями (9%), тубулярными поражениями (4%), гломерулярными (3%) и диспластическими болезнями почек (2%).

Микробно-воспалительные заболевания преобладали в двух возрастных группах: 1 мес – 4 года (общая заболеваемость — 2,5‰, первичная — 1,1‰) и в группе детей 5–9 лет (общая заболеваемость — 4,3‰, первичная — 0,9‰). Пик уродинамических расстройств (гидронефроза, ПМР и пр.) пришелся на возраст 1 мес – 4 года: общая заболеваемость — 0,7‰, первичная — 1,1‰.

Метаболические болезни определялись с максимумом также в двух возрастных категориях: 1 мес – 4 года (общая заболеваемость — 0,3‰, первичная — 0,2‰) и в группе детей 5–9 лет (общая заболеваемость — 0,4‰, первичная — 0,1‰). В этих же группах отмечалось преобладание и тубулярных заболеваний: 1 мес – 4 г (общая заболеваемость — 2,6‰, первичная — 1,1‰) и в группе детей 5–9 лет (общая заболеваемость — 4,4‰, первичная — 0,9‰). Гломерулярные же болезни определялись преимущественно в возрасте 5–9 лет: общая заболеваемость — 0,2‰, первичная — 0,11‰. Диспластические болезни тоже определялись преимущественно у детей этого возраста (5–9 лет): общая заболеваемость — 0,13‰, первичная — 0,03‰.

**Заключение.** Таким образом, в структуре нефроурологической заболеваемости у детей превалируют микробно-воспалительные заболевания мочевыделительной системы и тубулярные болезни, что соответствует распространенности данной патологии и литературным данным. Среди детской популяции выделены группы с 1 мес до 4 лет и с 5 до 9 лет, которые имеют максимальные показатели общей и первичной заболеваемости практически по всем выявленным группам заболеваний. Данное обстоятельство требует особого внимания при диспансеризации этих групп детского населения.

## СЕМЕЙНЫЕ ТРАДИЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН И ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКА

Сахабетдинов Б.А., Валиева А.Н., Павлова А.С.

*Казанский ГМУ, Казань, Республика Татарстан, Российская Федерация*

**Актуальность.** В каждом регионе России имеются определенные особенности сезонного и регионально-го питания. В Республика Татарстан проживают представители многих народов, приносящие с собой этнические традиции, которые могут влиять на формирование пищевого поведения ребенка.

**Цель исследования.** Изучить особенности питания детей, определить роль традиций в формировании пищевого поведения.

**Пациенты и методы.** Были опрошены 437 родителей, проживающих в Республике Татарстан. Проведен сравнительный анализ рациона по составу продуктов питания респондентов.

**Результаты.** Возраст детей колебался от 6 до 17 лет. Гендерное распределение было следующим: мальчики — 52%, девочки — 48%. В качестве своей нации 46% респондентов ответили «русский» (I группа), 41% — «татарин» (II группа). Было отмечено следующее: 72% — жители крупных городов (Казань, Набережные Челны), 15% — жители маленьких городов, 13% — сел и деревень. Кратность приема пищи (раз/день) для I группы следующая: 3 — 31%, 4 — 57%, 5 — 12%; для II группы следующая: 3 — 28%, 4 — 56%, 5 — 16%. В обеих группах более 90% отметили свое питание регулярным. Касательно рациона питания отмечались следующие предпочтения (данные указаны для I и II группы соответственно): говядина (52 и 65%), свинина (34 и 18%), баранина (9 и 15%), мясо кролика (7 и 8%), мясо птицы (57 и 61%); картофель (67 и 72%), капуста (34 и 23%), морковь (32 и 29%), тыква (15 и 26%), кабачок (21 и 17%); гречневая крупа (42 и 34%), манная крупа (23 и 24%), рис (56 и 67%); рыба и морепродукты (42 и 37%), грибы (34 и 18%), бобовые (26 и 20%); хлебобулочные изделия (62 и 68%); яблоки и груши (47 и 46%), бананы (54 и 51%), ягоды (72 и 74%), орехи и сухофрукты (41 и 59%), мед (35 и 43%), конфеты и шоколад (54 и 57%). Более 87% опрошенных в обеих группах отметили, что 2–3 приема/день происходит в кругу семьи.

**Заключение.** В ходе исследования были отмечены некоторые различия предпочтений в рационе питания детей, особенно в отношении мясных продуктов, круп, сухофруктах, орехов и некоторых овощей, среди разных этнических групп, проживающих на одной территории. Кратность и регулярность питания отмечены на хорошем уровне. Данные алиментарные стереотипы складываются в семье, исходя из высокого уровня совместного приема пищи в кругу семьи.

## «ГОРОДСКОЙ» ТИП ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ПОДРОСТКА

Сахабетдинов Б.А., Шипкова А.Д., Васильев Э.А.

*Казанский ГМУ, Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Темп крупного города, загруженность повседневной жизни требуют от подростка большого количества энергии, потребляемой за короткий период времени. В связи с этим “streetfood” и “fastfood” становятся популярными.

**Цель исследования.** Изучение особенности пищевого поведения в рамках “streetfood” и “fastfood”, анализ рациона и режима питания подростков в городе Казани.

**Пациенты и методы.** Были проанкетированы 257 подростков в возрасте 14–18 лет (медиана — 16 лет, мода — 16 лет), потребляющих продукты питания из серии “streetfood” и “fastfood” и проживающих в городе Казани.

**Результаты.** Гендерное распределение было следующим: юноши — 56%, девушки — 44%. Респонденты отметили высокий темп жизни (86%), высокую загруженность по учебной (74%) и внеучебной деятельности (51%). Кратность приемов пищи (прием/день), учитывая перекусы, была следующей: 3 — 64%, 4 — 23%, 5 — 13%. Более 86% опрошенных отметили свое питание регулярным. 9% отметили ежедневный прием пищи в сети заведений “streetfood” и “fastfood”, 23% — 2–3 раза в неделю, 38% — 1 раз в неделю, остальные — реже. Касательно мест приема пищи распространение было следующим: дома — 35%, в заведении — 24%, в учебном заведении — 22%, в парке и на улице — 19%. Более 73% отметили ежедневное употребление в своем рационе питания снеков (картофельные и кукурузные чипсы, хлебные сухарики и др.), продуктов питания быстрого приготовления, 27% — 2–3 раза в неделю. Также была отмечена популярность применения энергетических напитков подростками Казани (1/3 и 1/2 от всех опрошенных ежедневно и 2–3 раза в неделю соответственно). Более 70% опрошенных целью выбора данных продуктов питания отметили быстроту приготовления, сытность и низкую стоимость, остальные — вкус и аромат продуктов.

**Заключение.** В ходе исследования было отмечено высокое распространение в употреблении подростками продуктов, относящихся к “streetfood” и “fastfood”, энергетических напитков, что за счет высокой калорийности и несбалансированности может привести к нарушению гомеостаза организма подрастающего поколения, особенно при длительном и частом потреблении.



## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ 10-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В «СОЦИОПАТИЧЕСКИХ» И ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ

Свобода П.Н.<sup>1</sup>, Сосин Д.В.<sup>2</sup>, Привалова М.А.<sup>3</sup>, Бурлакова П.В.<sup>4</sup>,  
Васильцова А.Ю.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> УЗД, Калининград, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России, Смоленск, Российская Федерация

<sup>3</sup> ОГБУЗ ДКБ поликлиника № 2, Смоленск, Российская Федерация

<sup>4</sup> ОГБУЗ ДКБ поликлиника № 1, Смоленск, Российская Федерация

**Актуальность.** Общеизвестно, что семья является редкостным социальным созданием человечества, это уникальная система, обеспечивающая своим членам уникальную среду. Семья — настоящий университет человеческих отношений. Общественная ценность семьи состоит прежде всего в духовном воспроизводстве жизни, т.е. в воспитании детей (воспитательная функция). Если семья не в состоянии выполнять все функции, то в ней в первую очередь страдают дети. Из литературных источников известно, что наиболее чувствительным возрастом к негативным факторам окружающей среды считается возраст 10 лет. Поэтому семья заслуженно является объектом изучения многих академических величин. Вопрос о состоянии здоровья детей, воспитывающихся в замещающих и «социопатических» семьях, до настоящего времени малоизучен. Эта проблема очень актуальна, поскольку число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, продолжает расти из года в год.

**Цель исследования.** Изучить особенности состояния здоровья детей из «социопатических» и замещающих семей для тактического подхода по оказанию помощи им в амбулаторно-поликлинических условиях.

**Пациенты и методы.** Основную группу составили дети, проживающие в «социопатических» семьях ( $n = 30$ ). В группу сравнения вошли дети, воспитывающиеся в замещающих семьях ( $n = 30$ ). Сбор материала проводился путем выкопировки первичной информации из истории развития ребенка (форма 112/у) с последующим клиническим осмотром и комплексной оценкой состояния здоровья. Все полученные данные обрабатывали с применением пакетов статистических программ Microsoft Office Excel, Word 2016. Чтобы проверить различия между группами, использовали непараметрический критерий согласия Пирсона (хи-квадрат) с поправкой Йетса. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Установлено, что большинство детей из «социопатических» семей имели более выраженные нарушения состояния здоровья (86,7%). Они чаще наблюдались по III (60,0%) и IV (40,0%) группам здоровья с раннего возраста, относились в группу часто болеющих детей (66,7%). В структуре соматической патологии у них преобладали психические расстройства и расстройства поведения (56,7%), болезни нервной (50,0%) и костно-мышечной (40,0%) систем. На четвертом и пятом местах располагались болезни органов пищеварения (36,7%), кровообращения (36,7%) и глаза и его придаточного аппарата (26,7%). На шестой и седьмой позиции размещались врожденные аномалии развития, деформации и хромосомные нарушения (21,8%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (20,0%), на восьмой — болезни мочеполовой системы (10,0%), кроветворения — (6,7%) и болезни органов дыхания (6,7%). Дети, воспитывающиеся в замещающих семьях, чаще состояли на учете по II (53,3%,  $p = 0,000$ ) и III (30,0%,  $p = 0,990$ ) группам здоровья, реже — по IV группе здоровья (16,7%,  $p = 0,02$ ), отражая положительную динамику в состоянии здоровья ( $p = 0,000$ ). У детей, воспитывающихся в замещающих семьях, первое, второе и третье место занимали болезни нервной системы (26,7%), органов пищеварения (23,3%), кровообращения (23,3%), глаза и его придаточного аппарата (16,7%), но достоверных различий не установлено ( $p = 0,49$ ;  $p = 0,87$ ;  $p = 0,36$ ). Болезни костно-мышечной системы и врожденные аномалии развития (13,3%), органов дыхания (10,0%), эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (6,7%) из замещающих семей занимали четвертую, пятую и шестую позицию ( $p = 0,98$ ;  $p = 0,99$ ;  $p = 0,86$ ). На седьмом месте располагались психические расстройства и расстройства поведения (6,7%,  $p = 0,001$ ) и болезни мочеполовой системы (6,7%,  $p = 0,99$ ).

**Заключение.** Структура заболеваний у 10-летних детей однотипна в обеих группах наблюдения, но последовательность распределения ее и частота встречаемости различна, что важно учитывать при планировании профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий. У детей, воспитывающихся в замещающих семьях, состояние здоровья лучше, хроническая патология выявляется реже. У детей, воспитывающихся в «социопатических» семьях, чаще встречаются сочетанные поражения хронической патологии в стадии субкомпенсации, требующие немедленной коррекции и последовательного динамического наблюдения. В структуре преобладают психические расстройства и расстройства поведения, поэтому эти дети должны находиться под контролем не только специалистов педиатрической службы, но и психологов и психиатров.

## РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ G308A ГЕНА TNF У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Седашкина О.А.<sup>1</sup>, Печкуров Д.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина, Самара, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, Самара, Российская Федерация

**Актуальность.** За последние десятилетия накапливаются сведения о генетических предпосылках хронических заболеваний почек. Существуют механизмы, от которых зависят активация и торможение воспалительного процесса в почке, особенно при иммунном генезе заболевания.

Внимание нефрологов привлекает ген фактора некроза опухоли (TNF), обладающий провоспалительным эффектом и играющий ключевую роль в формировании нефросклероза.

**Цель исследования.** Установить распределение полиморфных маркеров (G308A) гена TNF у детей с заболеваниями почек Самарской области.

**Пациенты и методы.** Проведено комплексное обследование 78 детей в возрасте от 1 года до 17 лет с заболеваниями почек микробно-воспалительной, обменной и иммуновоспалительной природы, проживающих на территории Самарской области. Группу контроля составили 30 детей без заболеваний почек. Идентификацию полиморфных маркеров исследуемых генов проводили с помощью метода аллель-специфичной полимеразной цепной реакции согласно протоколам производителей («СибЭнзим», Россия; Fermentas, Латвия).

**Результаты.** Независимо от формы почечной патологии распределение полиморфных маркеров G308A гена TNF у детей Самарской области было следующим. Полиморфизм G308G встречался у 64% детей, носители его имели наименьший риск иммунных нарушений, его можно назвать протективным. Полиморфизм G308A встречался у 28% детей, в этом полиморфизме гена TNF аллель 308A может быть ассоциирован с развитием нарушений и осложнений, и самый неблагоприятный для носителей полиморфизм — A308A — гена TNF встречался у 7% детей ( $p \leq 0,05$ , OR = 1,6). Величина относительного риска больше единицы, можно предположить, что генотип A308A имеет тенденцию к ассоциации с заболеванием. Установлено, что аллель A гена TNF(308A) ассоциирован с высокой активностью иммунного воспаления у пациентов с гломерулонефритами и системными заболеваниями, прогрессирующим течением заболевания.

**Заключение.** Исследование полиморфных маркеров генов, кодирующих клеточные и гуморальные процессы воспаления, регуляторы апоптоза и фиброза позволяет выявить группы больных с повышенным риском развития прогрессирования патологического процесса и осложнений.

Клинически важным аспектом изучения полиморфизма генов при заболеваниях почек является и то, что эти знания могут стать основой персонализации схем профилактики и терапии заболеваний, улучшения прогноза для этих пациентов.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

Семенова Е.В., Бызова П.И., Грязева М.А.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (НДМП) имеет высокую распространенность в детском возрасте (до 30%) и является риском развития уродинамических нарушений, инфекции мочевыводящих путей и социально-психологической дезадаптации.

**Цель исследования.** Изучить факторы риска развития нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей и взаимосвязь ее развития со стрессовыми факторами, неврологическими и поведенческими нарушениями.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 184 детей с заболеваниями органов мочевой системы, состоящих на диспансерном учете у нефролога. 75 детей составили группу с диагнозом «нейрогенная дисфункция мочевого пузыря».

**Результаты.** Средний возраст детей с НДМП составил  $8,1 \pm 2,1$  года. При этом соотношение мальчиков (48%) и девочек (52%) зафиксировано 1 : 1. Отягощенный перинатальный анамнез (угроза выкидыша, асфиксия плода, гестоз, инфекция мочевыводящих путей, гестационный сахарный диабет) выявлен у 6 пациентов (8%), поведенческие расстройства — у 19%, признаки тревожности — у 9%. Задержка речевого развития — у 5 (7%), задержка статико-моторного развития — у 3 пациентов (4%). Инфекция мочевыводящих путей была в 8%.

При ультразвуковом сканировании органов мочевой системы у 39 детей (52%) наблюдались признаки нефропатии. Среди патологических изменений наиболее часто встречалась пиелозктазия (27%). Увеличение остаточного объема мочи выявлено у 12 детей (16%), наличие взеси — у 9 (12%).

Стрессовые факторы (переезд, посещение детского дошкольного учреждения, нарушение режима сна и отдыха, нерегулярное питание, неблагоприятный психологический микроклимат в семье) были зафиксированы у 30% детей. Изменения в неврологическом статусе (моторные тики, астеноневротический синдром, головные боли напряжения) выявлены у 12% детей.

**Заключение.** Данные проведенного исследования показали одинаковую распространенность указанного заболевания среди девочек и мальчиков. Поведенческие расстройства являются одним из наиболее значимых факторов развития НДМП, при этом к причинам развития данной патологии можно отнести изменения в неврологическом статусе, повышенную тревожность, задержку речевого и статико-моторного развития и особенности перинатального анамнеза.



## ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОРЕВОЛЮЦИОННОЙ РОССИИ В КАБАРДЕ И БАЛКАРИИ

Семенова И.Л.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет  
им. Х.М. Бербекова», Нальчик, Российская Федерация

**Актуальность.** Одним из базовых направлений развития здравоохранения России является решение задач по повышению эффективности мер охраны здоровья матери и ребенка, что актуализирует необходимость исторического анализа этапов становления акушерской и педиатрической помощи в регионах.

**Цель исследования.** Провести историческую реконструкцию этапов становления акушерской и педиатрической помощи в Кабарде и Балкарии.

**Пациенты и методы.** Статья основана на делопроизводственных документах Государственного архива Кабардино-Балкарской республики, публицистических источниках, к изучению которых были применены историко-ситуационный и историко-хронологические методы.

**Результаты.** После создания Кабардинского округа в 1858 г. было организовано обслуживание местного населения. Впервые вводилась должность окружного врача и фельдшера. Санитарно-эпидемиологическое состояние округа было крайне неблагополучно. На Северном Кавказе, как и на всей территории России, отсутствовала единая система оказания медицинской помощи детям.

После ряда реформ в России наблюдался подъем в самых различных сферах жизни, коснулось это и медицины, куда стали стремиться женщины. На Северный Кавказ начали приезжать повивальные бабки [1]. В 1868 г. в Пятигорске стала работать повивальная бабка Елизавета Ивановна Беляева [2]. В разные годы на территории округа работали: в 1874 г. — повивальная бабка Мария Алхасова, в 1879 г. в Нальчик приезжает Ксения Федоровна Тавлинова [3], в 1881 г. на должность окружной акушерки назначается Екатерина Александровна Правдикова, а в 1882 г. — Елена Васильевна Сидорова. В 1903 г. в Нальчикский округ прибыла повивальная бабка Евгения Ивановна Бирюкова, сменившая Ксению Федоровну Ивакину, также местные жители вспоминают Екатерину Петровну Долинскую. Вместе с Екатериной Петровной на территории округа оказывали акушерскую помощь и сестры Александра Ивановна Никольская и Мария Ивановна Шершунова. В 1913 г. в слободу Нальчик прибывает повивальная бабка П.Н. Пржевальинская, обучавшая первую горянку-акушерку Фердаус Сарову основам повивального дела.

В 1893 г. в Терской области на 1000 умерших всех возрастов приходилось почти 335 детей до пятилетнего возраста, что составляло 33,5% общей смертности. В Нальчикском округе смертность составила 40,8%. Вспышки детских инфекций продолжались и в 1898 г. Врач И.И. Пантюхов сообщал, что в Терской области в течение года от оспы, дифтерита, скарлатины и кори погибли от 12 до 15 человек на 100 заболевших этими инфекциями [4]. В 1900 г. в слободе Нальчик, где медпомощь была сравнительно более доступной, из 135 умерших жителей 86% составляли дети.

В 1910 г. среди населения Терской области продолжают преобладать детские инфекции. На все население Терской области в начале 1911 г. имелось 56 повивальных бабок, таким образом, на 20 500 человек приходилась одна повивальная бабка.

**Заключение.** Основными причинами детской смертности в Кабарде и Балкарии стали инфекционные болезни. В округе практически отсутствовала служба по охране здоровья детей, а накануне октябрьской революции 1917 г. в Нальчикском округе медицинская служба фактически прекратила свою деятельность. Изучение материалов Государственного архива Республики позволило ввести в научный оборот имена первых медицинских работников, осуществлявших акушерскую и педиатрическую помощь населению края.



## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Сердюков А.Ю., Мусаева Т.К., Ганбарова Х.Э., Матвеева М.А.,  
Малинина Н.В.

*ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет  
им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Российская Федерация*

**Актуальность.** Одним из наиболее важных вопросов в педиатрической практике является вопрос о проведении специфической профилактики инфекционных заболеваний у детей. В последние два года, когда весь мир столкнулся с новым вызовом — проблемой новой коронавирусной инфекции, вызванной новым инфекционным агентом — вирусом SARS-COV-2, вопросы, связанные с вакцинопрофилактикой инфекционных заболеваний у детей, стали особенно актуальными.

**Цель исследования.** Выяснить медико-социальные аспекты специфической профилактики инфекционных заболеваний у детей в период пандемии COVID-19.

**Пациенты и методы.** Проведение анкетирования 115 родителей детей в возрасте от 5 мес до 11 лет, проходивших плановые профилактические осмотры в детской поликлинике. Анкета включала в себя вопросы об отношении родителей к вакцинопрофилактике, национальному календарю профилактических прививок, вакцинам, не входящим в национальный календарь, и проведению в будущем специфической профилактики против новой коронавирусной инфекции.

**Результаты.** В ходе анкетирования было установлено, что 58,3% родителей считают необходимым проведение вакцинопрофилактики от всех инфекционных заболеваний, входящих в национальный календарь профилактических прививок. Примерно 1/3 родителей (34,5%) из опрошенных поддерживают вакцинопрофилактику только части заболеваний в соответствии с национальным календарем, чуть более 7% родителей являются противниками вакцинопрофилактики. При анализе ответов о возможности проведения дополнительной вакцинации было установлено, что почти половина родителей (45,2%) хотели бы вакцинировать своего ребенка от ветряной оспы, почти столько же (47%) — от инфекции, вызванной ВПЧ; примерно 1/3 (36,5%) — от ротавирусной инфекции, несколько менее 1/3 (29,6%) — от менингококковой инфекции. Против новой коронавирусной инфекции в будущем (когда вакцины будут разрешены к применению у детей) готовы вакцинировать своих детей 14,8% родителей. При оценке источников информации о вакцинопрофилактике заболеваний было установлено, что большая часть родителей (80%) получает информацию от врачей детской поликлиники, чуть более половины используют информацию из СМИ, в т.ч. из различных социальных сетей и интернета, 18,2% родителей доверяют информации, полученной от родственников, друзей и коллег по работе.

**Заключение.** По результатам проведенного анкетирования можно сделать следующие выводы. 1. 1/3 родителей считает часть вакцинаций, входящих в национальный календарь профилактических прививок, ненужной, избыточной, что свидетельствует о недостаточной информированности родителей по вопросам специфической профилактики инфекционных заболеваний у детей. 2. При этом значительная часть опрошенных родителей хотела бы расширения национального календаря профилактических прививок и включения в него вакцинаций против ротавирусной инфекции, ветряной оспы, менингококковой инфекции и инфекции, вызванной ВПЧ. 3. Основным источником информации для родителей по вопросам вакцинопрофилактики по-прежнему являются сведения, полученные от врача-педиатра детской поликлиники. Поэтому так важно проводить санпросветработу с родителями именно на этапе первичной медико-санитарной помощи детскому населению в первичном звене здравоохранения.





## ПОПУЛЯЦИОННАЯ ЧАСТОТА МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ЗА ПЕРИОД 2007–2021 ГГ.

Сероклинов В.Н.<sup>1</sup>, Колесникова О.И.<sup>1</sup>, Мироненко И.И.<sup>1</sup>, Горобченко 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>, Маштакова А.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, 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

**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 ноябрь 2021 г. в Алтайском крае обследованы 392 079 новорожденных по скринингу на муковисцидоз. Процент охвата обследованных новорожденных по скринингу на муковисцидоз среди всех родившихся за этот период составил 99,4%. 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 342 новорожденных. Неонатальная гипертрипсиногенемия обнаружена у 0,09% обследованных по скринингу на муковисцидоз новорожденных.

Выявлен 51 больной муковисцидозом среди 342 новорожденных с неонатальной гипертрипсиногенемией, что составило 14,9% от числа новорожденных с неонатальной гипертрипсиногенемией. Частота муковисцидоза по данным неонатального скрининга за период 2007–2021 гг. составила 1 больной муковисцидозом на 7688 новорожденных (13,0 на 100 тыс. новорожденных).

**Заключение.** Популяционная частота муковисцидоза по данным неонатального скрининга за период 2007–2021 гг. составила 1 больной муковисцидозом на 7688 новорожденных (13,0 на 100 тыс. новорожденных).





## ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ТРАНСПЛАНТАТАМИ

Симченко А. В.

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

**Актуальность.** Иммунологические взаимоотношения матери и внутриутробного ребенка формируются в рамках единой функциональной системы «мать – плацента – внутриутробный ребенок». Процессы, вовлекающие иммунный механизм, в частности прием иммуносупрессантов во время беременности, определяют состояние иммунологического статуса у ребенка.

**Цель исследования.** Исследовать особенности иммунной системы детей, рожденных от матерей с трансплантированными органами и тканями, внутриутробно подвергавшихся влиянию иммуносупрессоров.

**Пациенты и методы.** Обследованы 18 детей, рожденных от матерей, имеющих трансплантат, в динамике первого года жизни. В группу сравнения включены 18 младенцев, подобранных к исследуемым младенцам по принципу «случай-контроль». Исследование иммунологического статуса выполнялось методом проточной цитофлуориметрии. Полученные результаты обработаны с применением пакета прикладной программы Statistica 8.0.

**Результаты.** Почечный трансплантат имели 12 матерей обследуемых пациентов, беременность у 5 женщин протекала на фоне печеночного трансплантата, у 1 женщины был комплекс печень-почка. Средний срок гестации составил  $36,44 \pm 3,33$  нед; 5 детей родились в сроке гестации 26–36 нед, остальные дети — 37–40 нед. Согласно полученным данным, количество Т-лимфоцитов (CD3+) у детей от матерей с трансплантатами в процентном отношении составило  $65,04 \pm 7,13\%$ , что достоверно ниже, чем в группе сравнения —  $67,19 \pm 2,34\%$  ( $p < 0,05$ ). Зафиксировано достоверное снижение абсолютного числа Т-хелперов (CD4+) в группе детей —  $0,92 \pm 0,52 \times 10^9/\text{л}$  относительно группы сравнения —  $1,19 \pm 0,37 \times 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,05$ ). Установлено достоверное повышение уровня цитотоксичных клеток (CD8+) у детей от матерей с трансплантатами —  $22,63 \pm 7,07\%$  относительно группы сравнения —  $19,26 \pm 3,18\%$  ( $p < 0,05$ ). Уровень натуральных киллеров (CD56+) у исследуемых детей составил  $11,2 \pm 5,86\%$ , что было достоверно выше в сравнении с таким же показателем в группе сравнения —  $6,78 \pm 2,32\%$  ( $p < 0,05$ ). Уровни иммуноглобулинов в группе детей, матери которых получали иммуносупрессанты, были достоверно снижены в сравнении с исследуемыми показателями в группе сравнения и составили: Ig A —  $0,56 \pm 0,27$  г/л; Ig M —  $0,76 \pm 0,41$  г/л; Ig G —  $8,11 \pm 3,53$  г/л ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Обнаружено повышение относительного и процентного содержания естественных киллеров (CD56+), которые обладают способностью секретировать цитокины, стимулирующие эффекторы Th<sub>2</sub>-ответа, ответственные за развитие каскада аллергических реакций. Для детей, рожденных от матерей с трансплантатами, характерны аллергическая напряженность клеточного иммунитета и недостаточный иммунный ответ.

## КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ГЛУБОКОНЕДОШЕННЫХ МЛАДЕНЦЕВ: БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПАЗИЯ И ПОРОКИ РАЗВИТИЯ БРЮШИНЫ

Синица Л.Н., Парамонова Н.С.

*Гродненский государственный медицинский университет,  
Гродно, Республика Беларусь*

**Актуальность.** У глубоконедоношенных новорожденных зачастую формируется хроническое поражение легких — бронхолегочная дисплазия (БЛД). Коморбидная патология может осложнять течение основного заболевания и приводить к частым и длительным госпитализациям, в т.ч. для хирургического лечения.

**Цель исследования.** Оценить частоту и значимость возникновения пороков развития брюшины (грыжи живота, крипторхизм) у младенцев с бронхолегочной дисплазией, рожденных глубоконедоношенными.

**Пациенты и методы.** Обследовано 75 глубоконедоношенных детей, родившихся в Гродненском областном клиническом перинатальном центре 3-го уровня. У 38 младенцев развилась бронхолегочная дисплазия (1-я основная группа). У 37 недоношенных новорожденных БЛД не сформировалась — 2-я группа (сравнения).

Для статистического анализа данных использован пакет прикладных программ STATISTICA 10.0.

**Результаты.** Дети 1-й группы родились в сроке гестации 28 (27; 30) недель. Масса тела составила 1025,0 (900,0; 1250,0) г. Пациенты 2-й группы родились в сроке гестации 29 (28; 30) недель с массой тела 1200,0 (1050,0; 1430,0) г. При межгрупповом сравнении обследованных детей не выявлены статистически значимые различия по гестационному возрасту, массе тела при рождении.

По половому составу группы детей статистически не различались: в 1-й группе девочек было 14 (36,8%), мальчиков — 24 (63,2%); во 2-й группе девочки составили 40,5% (15 детей), мальчики — 59,5% (22 ребенка),  $p > 0,05$ .

Далее нами был проведен анализ выявленных пороков развития брюшины у младенцев обеих групп. Пупочная грыжа была выявлена у 4 (5,3%) детей: по 2 ребенка в каждой группе. Паховая грыжа диагностирована только у младенцев из 1-й группы — 5 детей (13,2%) имели данную патологию. У 5 мальчиков был диагностирован крипторхизм, все они были из 1-й группы, что составило 20,8%.

Установлено, что 12 младенцев (31,6%) из 1-й группы и только 2 детей (5,4%) из 2-й группы имели те или иные указанные заболевания,  $p = 0,004$ .

**Заключение.** Выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) по частоте встречаемости заболеваний, связанных с пороками развития брюшины (грыжи живота, крипторхизм), между группой глубоконедоношенных младенцев, у которых в неонатальном периоде сформировалась бронхолегочная дисплазия, и группой детей без БЛД. Каждый пятый мальчик, страдающий БЛД, имеет в сопутствующих заболеваниях крипторхизм, что требует динамического наблюдения уролога в амбулаторных условиях.

## ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Сиротченко Т.А., Миргородская А.В., Зайцева С.Е., Доброхотова А.В.

<sup>1</sup> ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», Луганск, Луганская Народная Республика

<sup>2</sup> ГУ «Луганская городская детская поликлиника № 2», Луганск, Луганская Народная Республика

**Актуальность.** Постковидный синдром (Long COVID) у детей и подростков в среднем длится 12 нед, не только пролонгируя само заболевание, но и возникая через 3–6–12 мес.

**Цель исследования.** Изучить отдаленные результаты иммуноферментного анализа у детей, перенесших COVID-19, для минимизации риска осложнений.

**Пациенты и методы.** В течение 2020–2021 гг. под нашим наблюдением находились 27 детей в возрасте 5–15 лет с SARS-CoV-2 в анамнезе. Каждый пятый пациент с диагнозом SARS-CoV-2 (18%) получал лечение в условиях стационара. Большинство детей (82%) получали лечение амбулаторно. Через 1–3 мес после условного выздоровления детям был проведен ИФА с определением IgM к SARS-CoV-2 и IgG к SARS-CoV-2.

**Результаты.** По результатам ИФА через 3 мес было установлено, что у половины детей (57%) средние значения IgM к SARS-CoV-2 составили 1,34, а IgG к SARS-CoV-2 был менее 10,0 ( $8,56 \pm 1,02$ ).

Через 6 мес по результатам исследования было установлено, что у 32% детей средние значения IgM к SARS-CoV-2 сохранялись в пределах 1,04, а IgG к SARS-CoV-2 был менее 7,0 ( $5,56 \pm 1,15$ ).

У детей наблюдались отдельные клинические признаки, характерные для постковидного синдрома: субфебрилитет (не более  $37,3$ – $37,5$  °C), чаще во второй половине дня, сопровождающийся недомоганием, головными болями, слабостью, астеническими проявлениями (снижение работоспособности, утомляемость, нарушения памяти), чаще у школьников; редкий сухой кашель, усиливающийся в вечернее и ночное время.

**Заключение.** Данные лабораторные показатели указывают на то, что долго циркулируют иммуноглобулины острой фазы. Легкое течение заболевания не исключает развития постковидного синдрома в отдаленные сроки (3–6 мес). Дети, перенесшие COVID-19 в любом проявлении болезни, нуждаются в динамическом диспансерном наблюдении от 3 до 6 мес.

## ОБОСНОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ЭПШТЕЙНА – БАРР ВИРУСНОЙ И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЯМИ

Сиротченко Т.А., Миргородская А.В., Заливная Л.А., Сопко А.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», Луганск, Луганская Народная Республика

**Актуальность.** Персистирующая герпетическая микст-инфекция — цитомегаловирус (ЦМВ) и вирус Эпштейна – Барр (ВЭБ) — оказывает негативное влияние на состав орофарингеальной микробиоты, усиливая рост патогенных бактерий и тем самым утяжеляя течение бронхиальной астмы (БА) у подростков.

**Цель исследования.** Оценка влияния комплекса бактериальных лизатов на динамику клинических проявлений БА, ассоциированной с ЦМВ и ВЭБ, в зависимости от состава орофарингеальной микробиоты у подростков.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением были 83 подростка в возрасте 12–15 лет с установленным диагнозом БА и подтвержденной персистенцией ЦМВ и ВЭБ методом иммуноферментного анализа (ИФА). Стаж заболевания был не менее 3 лет. Определение состава микробиоты ротоглотки осуществлялось с помощью орофарингеального мазка. Выявление комплекса патогенных бактерий было основанием выделения группы исследования (42 пациента) с применением иммуномодулирующей терапии поливалентным антигенным комплексом бактериальных лизатов.

**Результаты.** С учетом значимости микробиоты полости рта для формирования бактериальных сообществ респираторного тракта орофарингеальная микробиота является важным компонентом в развитии БА. У 57,1% пациентов группы исследования определялась II степень дисбиотических нарушений ротоглотки, при которой наблюдается рост нормофлоры (*Streptococcus* spp. — 6–7 lg КОЕ/г, *Neisseria* spp. — 6–7 lg КОЕ/г), повышение уровня факультативно-анаэробной УПМ до 4–5 lg КОЕ/мл, появление возбудителей, характеризующихся выраженными факторами патогенности (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* и *Staphylococcus aureus*) на фоне снижения sIgA (50–100 мкг/мл). У трети пациентов (33,3%) отмечали промежуточный тип нарушений орофарингеальной микробиоты (I степень дисбиотических нарушений) и только у 9,5% пациентов отмечали нормоценоз. Всем пациентам с нарушением микробиоты ротовой полости назначали поливалентный антигенный комплекс бактериальных лизатов в виде сублингвальных таблеток (1 таблетка в сутки), 10-дневный курс тремя циклами с 20-дневными интервалами. По окончании полного курса лечения 81,5% пациентов не имели микробиологических нарушений (нормоценоз), улучшили показатели ОФВ1, снизили частоту и тяжесть обострений БА.

**Заключение.** Персистенция герпес-вирусов вызывает иммунные нарушения с выраженным синтезом провоспалительных цитокинов — ключевых компонентов хронического системного воспаления. Формируется замкнутый самоподдерживающийся воспалительный процесс с присоединением патогенной бактериальной флоры. Использование поливалентного антигенного комплекса бактериальных лизатов в виде дополнительных лечебных мероприятий для контроля над астмой может замедлить процесс ремоделирования дыхательных путей и улучшить качество жизни подростков с этим хроническим заболеванием.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ГОРОДЕ САМАРЕ

Скворцова О.В., Мигачева Н.Б., Михайлова Е.Г., Ракчеева Д.А.

*ГБУЗ «Самарская областная детская клиническая больница им. Н.Н. Ивановой»,  
Самара, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Российская Федерация*

**Актуальность.** Детское ожирение является актуальной проблемой современной педиатрии и одной из главных причин формирования инвалидности и смерти в молодом возрасте. Серьезный научно-практический интерес представляет распространенность заболевания и ее динамика.

**Цель исследования.** Оценить распространенность избытка массы тела (ИзМТ) и ожирения у детей школьного возраста на примере детского населения одного из районов г.о. Самара.

**Пациенты и методы.** Проведено ретроспективное одномоментное исследование. В ходе осуществления ежегодного профилактического осмотра обследованы 1503 ребенка в возрасте от 7 до 14 лет с оценкой антропометрических данных, полового развития, расчетом индекса массы тела и определением его SDS (согласно критериям антропометрических стандартов ВОЗ). Распространенность ИзМТ и ожирения вычислялась в виде процентного соотношения случаев отклонения веса от общего числа детей.

**Результаты.** Общая распространенность ИзМТ у школьников составила 20,9%, а ожирения — 13,5% с колебаниями от 8,3 до 32,5% в различных возрастных группах. Минимальный показатель распространенности ожирения отмечался у подростков, максимальный — в возрасте 7 лет. Распространенность ИзМТ также наиболее часто встречалась в возрасте 14 лет. У детей с ожирением I степень заболевания обнаружена в 67,2% случаев, II степень — в 23,8%, III степень — в 9,2%. Ожирение IV степени у детей исследуемой группы выявлено не было. При этом ожирение у школьников чаще выявлялось у мальчиков, чем у девочек (63,58 и 39,48% соответственно).

Нам удалось сравнить эти результаты с данными, полученными в ходе профилактических осмотров школьников г. Самары в 2006 и 2014 гг. Оказалось, что в течение последних 15 лет показатель распространенности ожирения и ИзМТ у детей изучаемой группы последовательно нарастает (с 3,6 до 13,5% и с 10,6 до 20,9% соответственно). В то же время возрастной пик распространенности ожирения у школьников снизился с 11–13 до 7 лет.

**Заключение.** Результаты исследования подтверждают не только высокую распространенность ИзМТ и ожирения среди школьников г. Самары, но и очевидную тенденцию к ее увеличению. Пик дебюта ожирения приходится на ранний школьный возраст, что значительно повышает риски развития коморбидных состояний и осложнений лишнего веса в последующем. Представленные данные определяют серьезную значимость изучаемой проблемы и необходимость разработки и внедрения в клиническую практику эффективных профилактических программ.

## НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ НЕЙРОИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Скрипченко Н.В.<sup>1, 2</sup>, Вильниц А.А.<sup>1, 2</sup>, Егорова Е.С.<sup>1</sup>, Скрипченко Е.Ю.<sup>1, 2</sup>,  
Климкин А.В.<sup>1</sup>, Войтенков В.Б.<sup>1</sup>, Конев А.И.<sup>1, 2</sup>, Алексеева Л.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Детский научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА России,  
Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный медицинский педиатрический  
университет Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

**Актуальность.** Нейроинфекции остаются актуальной проблемой в педиатрии, поскольку летальность сохраняется высокой — от 5 до 37%, а частота инвалидизации колеблется от 16 до 65% в зависимости от нозологической формы заболевания и возраста пациента. Быстрота развития неотложных состояний у детей связана как с анатомо-физиологическими особенностями ребенка, так и с характером патологического интратекального процесса.

**Цель исследования.** Изучить структуру неотложных состояний при нейроинфекциях у детей, инновационные диагностические возможности и тактику ведения.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 392 пациента, поступивших с генерализованными инфекциями и неотложными состояниями в отделение реанимации и интенсивной терапии ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, из них 74 больных находились на ИВЛ в связи с критическим состоянием, а 318 детей — без ИВЛ. У 86% пациентов был диагностирован нейроинфекционный процесс, из них у 21% — вирусной этиологии (энцефалит), в 59% — бактериальной (гнойный менингит). Методы исследования: УЗИ головного мозга, УЗИ зрительного нерва, акустические вызванные потенциалы, МРТ головного мозга, ЭЭГ, ЭНМГ проводилось пациентам, находящимся на ИВЛ более 5 сут.

**Результаты.** Выявлено, что в структуре неотложных состояний при энцефалитах преобладают отек головного мозга (ОГМ) и синдром внутричерепной гипертензии (ВЧГ) — 33 и 22% соответственно, судорожный синдром — до 14%, синдром полиорганной недостаточности (СПОН) — до 7%, полиневропатия критических состояний (ПКС) — до 5%. Тогда как при гнойных менингитах отек головного мозга — до 40%, СПОН — до 11%, судорожный синдром и ПКС — по 4%. Установлена диагностическая значимость УЗИ головного мозга в диагностике ОГМ, а УЗИ зрительного нерва — в диагностике ВЧГ. Выявлена диагностическая и прогностическая значимость акустических вызванных потенциалов при ОГМ у детей. Установлено, что у 16% пациентов, пребывающих на ИВЛ, на 5–7-й день развивается ПКС, особенностью которой является аксональное поражение периферических нервов, характеризующееся обнаружением на ЭНМГ снижения амплитуд мышечных ответов (М-ответов) и сенсорных потенциалов нервов, сохранности скорости проведения импульса по нервным волокнам. Отработаны принципы ведения пациентов с неотложными состояниями, позволяющие улучшить исходы нейроинфекций.

**Заключение.** Поскольку нейроинфекции у детей часто сопровождаются развитием неотложных состояний, то их диагностика должна быть незамедлительной и включать как методы нейровизуализационной диагностики, так и исследование акустических вызванных потенциалов и ЭНМГ, что позволяет не только выявлять, но и мониторировать их динамику, своевременно проводить коррекцию терапии, что способствует улучшению исходов.





## КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Скударнов Е.В., Колесникова О.И., Снегирь О.А., Журавлева Н.А.,  
Малюга О.М., Зенченко О.А., Гуревич Н.Л.

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

**Актуальность.** Проблема обусловлена высокой распространенностью ВПС у детей различных возрастных групп и высоким риском развития сердечной недостаточности.

**Цель исследования.** Выявить и установить этиологические факторы и структуру ВПС у новорожденных детей города Барнаула.

**Пациенты и методы.** Проведено обследование 2136 доношенных новорожденных, которые находились на лечении в отделениях новорожденных г. Барнаула в течение 2015–2021 гг. Всем детям проводились ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография легких и лабораторное обследование (общий и биохимический анализ крови). При обследовании у 39 детей диагностированы ВПС, что составило 1,8% от общего числа новорожденных. Недоношенные дети из обследования были исключены.

**Результаты.** Среди обследованных преобладали мальчики — 52,9% (1132 ребенка), доля девочек составила 47,1% (1004 ребенка). Средняя масса новорожденного в общей группе больных составила 3 кг 460 г ± 320 г, в то время как масса тела детей с наличием ВПС составляла 3 кг 220 г ± 250 г. Из анамнеза установлено, что у 31 (79,4%) матери детей с наличием ВПС беременность протекала на фоне гестоза разной степени тяжести. У 13 (33,3%) матерей диагностировано наличие ВУИ. 3 детей с ВПС были с генетической патологией (болезнь Дауна). Пороки с обогащением малого круга кровообращения, такие как ДМПП, ДМЖП, ОАП, выявлены у 31 (79,5%) из 39 детей с ВПС. Пороки синего типа, а также с наличием препятствия к выбросу из желудочков диагностировались значительно реже — у 8 (20,5%) из 39 детей с ВПС. По данным ЭхоКГ у 1240 (58%) из 2136 детей выявлены разнообразные МАС. В том числе у 694 (32,5%) детей (из общего числа) выявлено ООО, что было расценено как наличие функционирующего фетального протока. Другие МАС (АХЛЖ, АМПП и др.) выявлены у 546 (25,5%) из 2136 новорожденных. Данным больным были даны рекомендации о дальнейшем наблюдении у детского кардиолога.

**Заключение.** Проведенное обследование позволило выявить разнообразные ВПС у 1,8% новорожденных и МАС у 58% детей. Среди ВПС преобладали пороки с обогащением малого круга кровообращения. Неблагоприятное течение беременности и наличие ВУИ являются перинатальными факторами риска рождения ребенка с ВПС.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКА АКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Слащева Д.М., Петрушина А.Д., Брынза Н.С.

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

**Актуальность.** Несмотря на успехи диагностики латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ) у детей, на уровне первичного звена здравоохранения не всегда удается вовремя выявить это состояние и провести профилактику, чтобы предотвратить развитие активного туберкулеза (ТБ).

**Цель исследования.** Усовершенствовать систему прогнозирования ЛТИ и профилактики активных форм ТБ у детей и подростков посредством создания алгоритма математического прогнозирования развития ЛТИ у детей.

**Пациенты и методы.** В исследовании собраны и проанализированы данные анамнеза (форма 112/у «История развития ребенка») 80 детей с ЛТИ, находившихся на диспансерном учете у фтизиатра в 2017–2019 гг. и получавших профилактическое лечение, а также 80 детей без ЛТИ. Возраст обследуемых в обеих группах — 2–17 лет. Для разработки математической модели прогнозирования развития ЛТИ у детей (ММПРЛТИ) и формирования групп риска использован метод бинарной логической регрессии.

**Результаты.** По данным анализа анамнестических данных группы детей с ЛТИ и здоровых детей в качестве возможных факторов риска (ФР) развития ЛТИ выделены: пол, возраст, факт вакцинации БЦЖ в роддоме, размер рубца БЦЖ, результаты пробы Манту в 12 мес, в возрасте 2–7 лет, результаты пробы с антигеном туберкулезным рекомбинантным в 8–17 лет, наличие контакта с больным ТБ, отягощенный аллергоанамнез, принадлежность к группе часто болеющих детей. Примененный метод бинарной логической регрессии показал, что прогностическое значение имеет совокупность перечисленных факторов за исключением пола и возраста, что легло в основу создания ММПРЛТИ. Модель определяет, какова вероятность тубинфицирования у ребенка — высокая или низкая. Разработанная ММПРЛТИ имеет показатель конкордации 95,0%, является устойчивой и может работать в любой иной выборке из той же генеральной совокупности.

**Заключение.** Созданная математическая модель прогнозирования развития ЛТИ у детей с ФР по возникновению данного состояния имеет высокие коэффициенты эффективности и достоверности (95%). При помощи ММПРЛТИ врач-педиатр может быстро и точно определить вероятность тубинфицирования у конкретного ребенка, своевременно сформировать группы риска и начать профилактические мероприятия. Внедрение ММПРЛТИ в первичное звено здравоохранения улучшит систему прогнозирования ЛТИ и в перспективе будет способствовать профилактике активных форм ТБ.



## ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ С ФОРМИРОВАНИЕМ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Соколова Н.С., Мартынова Т.А., Бородулина Т.В.

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

**Актуальность.** Рост избыточной массы тела и ожирения наблюдается среди всех возрастов во всем мире. Известно, что изменения микробиоты кишечника у детей раннего возраста могут быть триггерами развития ожирения в старшем возрасте.

**Цель исследования.** Оценить физическое развитие и состояние кишечной микробиоты у детей грудного возраста, находящихся на разных видах вскармливания.

**Пациенты и методы.** Проведено открытое проспективное исследование детей первого года жизни в возрасте от 5–7 дней до 12 мес ( $n = 140$ ). I группа — 70 детей, находящихся на грудном вскармливании, II группа — 70 детей на искусственном вскармливании. Всем детям оценивали физическое развитие по международным стандартам ВОЗ. Также было проведено исследование кала методом ПЦР в реальном времени с оценкой общего бактериального числа.

**Результаты.** Сравнимые группы детей имели сопоставимые показатели физического развития при рождении. Анализ антропометрических показателей в течение первого года жизни показал, что в обеих группах физическое развитие большинства детей соответствовало паспортному возрасту, однако у детей на искусственном вскармливании к возрасту 12 мес значительно чаще определялось увеличение массы тела относительно возраста и длины тела, индекса массы тела (ИМТ) относительно возраста ( $p < 0.05$ ).

При исследовании микробиоты кишечника выявлено, что ее состав у детей на искусственном вскармливании приближен к «взрослому» типу, и преобладают такие микроорганизмы как *Clostridium difficile*, *Enterococcus* sp., *Ruminococcus*. У детей на естественном вскармливании определена более разнообразная бактериальная масса: преимущественно *Lactobacillus* spp., *Bifidobacterium* spp., *Staphylococcus* spp. и *Streptococcus* spp.

**Заключение.** Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, чаще имеют избыточную массу тела к 1 году при неполноценном формировании микрофлоры кишечника. Материнское молоко не только гарантирует полноценное нутритивное обеспечение, но и создает основу для формирования оптимальной и разнообразной микрофлоры кишечника. Своевременная коррекция нарушений микрофлоры позволяет регулировать метаболическое программирование здоровья на последующие годы жизни детей.

## ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ИНВАЗИИ *OPISTHORCHIS FELINEUS*

Соколова Т.С., Петров В.А., Федорова О.С.

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Российская Федерация

**Актуальность.** Описторхоз у детей ассоциирован с развитием патологии пищеварительного тракта. Представляет актуальность изучение микробиоты кишечника как одного из факторов, способствующих развитию патологии пищеварительной системы на фоне инвазии *Opisthorchis felinus* (*O. felinus*).

**Цель исследования.** Установить особенности состава микробиоты кишечника в зависимости от клинической формы инвазии *O. felinus*.

**Пациенты и методы.** Дизайн: одномоментное исследование в группах сравнения с участием детей с инвазией *O. felinus*, возраст — 7–18 лет ( $n = 50$ ,  $11 \pm 3,4$  года). Проведены физикальное обследование, микроскопия образцов стула (Parasep), биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование. Выделение бактериальной ДНК из образцов стула (FastDNA SPIN Kit for Soil, MP Bio, США). Секвенирование по фрагменту V4 гена 16S рРНК на приборе IlluminaMiSeq. Биоинформатический анализ: QIIME 2 + SILVA 132. Статистический анализ: R, версия 3.6.1.

**Результаты.** Сформированы три группы пациентов в зависимости от клинической формы описторхоза: А — клинически выраженная форма с холепатией ( $n = 22$ ); В — с гастродуоденопатией ( $n = 18$ ); С — латентная ( $n = 10$ ). В результате сравнительного анализа состава микробиоты выявлено, что клинически выраженная форма описторхоза с холепатией ассоциирована с повышением представленности семейств Staphylococcaceae, Pasteurellaceae и рода Holdemanella в сравнении с группами В и С. Представители данных таксонов обладают доказанным патогенным потенциалом в развитии инфекционно-воспалительных заболеваний. У пациентов с симптомами гастродуоденопатии выявлено повышение представленности Lachnospiraceae UCG-001 в сравнении с группами А и С. Бактерии семейства Lachnospiraceae являются продуцентами короткоцепочечных жирных кислот, однако отдельные виды связаны с воспалительными заболеваниями кишечника. Микробиота пациентов с латентной формой характеризуется более высоким содержанием Methanobacteriaceae, Atopobiaceae, Senegalimassilia в сравнении с другими формами. По данным исследований указанные микроорганизмы ассоциированы с метаболическими заболеваниями.

**Заключение.** Установлены особенности состава сообществ микроорганизмов в зависимости от клинической формы описторхоза, которые демонстрируют вклад кишечной микробиоты в развитие болезней пищеварительной системы на фоне инвазии *O. felinus*. Полученные данные открывают перспективу разработки новых превентивных подходов в отношении ассоциированных с описторхозом состояний, включая болезни пищеварительного тракта.

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**Соннов В.В., Бугаенко О.А.**

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет  
имени Святителя Луки», Луганск, Луганская Народная Республика*

**Актуальность.** Сложная эпидемиологическая обстановка, связанная с пандемией COVID-19, в условиях локального военного конфликта определяет врачебную потребность в усовершенствовании определенных компетенций путем тематического усовершенствования.

**Цель исследования.** Разработка и внедрение в 2019–2021 гг. актуальных программ повышения квалификации для врачей педиатрического профиля в государственном учреждении «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки».

**Пациенты и методы.** Оценку потребности врачей педиатрического профиля в профессиональном образовании по узким направлениям педиатрии определяли путем анкетирования, которое проводили в 2019–2021 гг. Для оценки результатов исследования были использованы общепринятые методы вариационной статистики.

**Результаты.** За период с 2019 по 2021 г. по данным анкетирования 514 врачей педиатрического профиля были проанализированы 12 вопросов педиатрии, которые, по мнению членов профессиональной ассоциации, требовали дополнительного изучения. Основными темами для рассмотрения были алгоритмы диагностики и лечения основных неотложных состояний у детей в амбулаторной практике, вопросы иммунопрофилактики, посттравматический стрессовый синдром у детей.

За отчетный период на краткосрочных курсах повышения квалификации в ГУ ЛНР «ЛГМУ имени Святителя Луки» повысили квалификацию 215 специалистов педиатрического профиля.

После ухудшения эпидемиологической обстановки наибольшую актуальность приобрели курсы повышения квалификации по проблемам диагностики и лечения SARS-CoV-2 у детей, а в 2021 г. актуальными стали еще и проблемы медицинского сопровождения детей, перенесших коронавирусную инфекцию, на этапе амбулаторного наблюдения, проблемы определения и лечения постковидного синдрома у детей.

В 2021 г. количество слушателей циклов повышения квалификации выросло в 2,9 раза в сравнении с 2019 г. Кафедрой педиатрии дополнительного профессионального образования и пропедевтики педиатрии было проведено анкетирование слушателей после завершения курсов, из которых 97,8% отметили необходимость в ежегодной коррекции тематики курсов повышения квалификации. Наиболее удобным для профессионального образования был определен формат недельного обучения по очно-заочной системе с обязательным итоговым контролем знаний.

**Заключение.** 1. В результате анкетирования врачей педиатрического профиля были определены основные темы для их профессионального усовершенствования. 2. В 2021 г. в 2,9 раза увеличилось количество слушателей, которые повысили квалификацию на кафедре педиатрии дополнительного профессионального образования и пропедевтики педиатрии. 3. Был определен оптимальный недельный очно-заочный формат обучения врачей-педиатров.

## КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Ступак Т.А.<sup>1</sup>, Петрова Д.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> МБУЗ ГДКБ № 1, Красноярск, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Российская Федерация

**Актуальность.** Прогресс в перинатологии способствовал снижению летальности недоношенных новорожденных. Данные о развитии детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в нашей стране свидетельствуют о более низких показателях выживаемости и более высокой частоте неблагоприятных последствий перинатальной патологии.

**Цель исследования.** Изучить состояние здоровья детей, рожденных с ЭНМТ в катамнезе.

**Пациенты и методы.** Проанализировано 140 карт развития ребенка: группу изучения составили 80 детей, родившихся с ЭНМТ, группу сравнения — 60 детей, родившихся доношенными.

**Результаты.** Грудное вскармливание до года имели только 35,8% детей с ЭНМТ против 61,7% группы сравнения ( $p < 0,001$ ). У детей с ЭНМТ в 42% случаев наблюдалось отставание в нервно-психическом развитии разной степени тяжести, очевидный неблагоприятный прогноз психомоторного развития отмечен у 19% детей. Только в анализируемой группе выявлена следующая патология внутриутробного развития: ДМЖП — 2 ребенка, ДМПП — 6 и диафрагмальная грыжа — 1. Среди фоновых заболеваний чаще наблюдались анемия (78,7 против 58,3%,  $p < 0,001$ ) и рахит (43,7 и 13,3% соответственно,  $p < 0,01$ ). Заболеваемость детей группы изучения на первом году жизни была выше, чем в контрольной группе: острыми респираторными заболеваниями переболели 80,0% детей против 65,0%,  $p < 0,001$ ; бронхитом и пневмонией — 18,7 против 8,3%,  $p < 0,01$ , инфекцией мочевыводящих путей — 7,5% (у детей, родившихся с нормальной массой, этой патологии не было выявлено). В группе изучения превалировала заболеваемость кишечными инфекциями (12,5 против 3,3%,  $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Таким образом, реабилитационные мероприятия должны проводиться в максимальном объеме на первом году жизни, так как в это время наблюдается наибольшая заболеваемость детей и выявляется низкая резистентность организма.



## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ТЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Сулейманова Л.И., Рахманкулова З.Ж.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

**Актуальность.** Внебольничные пневмонии у детей раннего возраста в структуре бронхолегочной патологии занимают важное место. Клиническое состояние и течение внебольничной пневмонии у детей в значительной степени осложняется при наличии целого ряда факторов риска и тяжелой сопутствующей патологии.

**Цель исследования.** Установить значимость перинатальных факторов риска при среднетяжелом и тяжелом течении внебольничной пневмонии у детей первого года жизни.

**Пациенты и методы.** Исследования проводились на базе городской детской больницы № 5. Обследованы 133 ребенка первого года жизни с внебольничными пневмониями. Из них 1-ю группу составили 68 детей со среднетяжелым течением, а 2-ю группу — 65 детей с тяжелой степенью внебольничной пневмонии. Проведены клинико-anamnestические и статистические исследования.

**Результаты.** Изучение состава наблюдаемых групп по гендерному признаку показало, что среди детей 1-й группы мальчиков было  $73,5 \pm 0,6\%$ , а девочек —  $26,5 \pm 0,6\%$ , во 2-й группе соответственно  $55,4 \pm 0,8\%$  и  $44,6 \pm 0,8\%$ , отсюда видно, что среднетяжелая степень внебольничной пневмонии чаще наблюдается у мальчиков, а тяжелая степень чаще развивается у девочек. Изучение гестационного возраста наблюдавшихся детей показало, что среди детей со среднетяжелым течением пневмонии больше было родившихся доношенными —  $72,0 \pm 0,7\%$ , чем родившихся недоношенными —  $28,0 \pm 0,7\%$ . При внебольничной пневмонии тяжелой степени число детей, родившихся недоношенными, несколько преобладало —  $53,8 \pm 0,8$  над количеством доношенных детей —  $46,2 \pm 0,8\%$ . Среди перинатальных факторов риска тяжелая преэклампсия в анамнезе у матерей 1-й группы встречалась в  $17,6 \pm 0,6\%$  случаев, а во 2-й группе — в  $32,3 \pm 0,7\%$ , anomальное предлежание плаценты соответственно в  $4,4 \pm 0,3\%$  и в  $17 \pm 0,6\%$  случаев. Преждевременный разрыв плодных оболочек у детей в анамнезе матерей 1-й группы отмечался в  $5,88 \pm 0,3\%$ , а во 2-й группе в 5 раз больше — в  $20 \pm 0,6\%$  случаев. Изучение характера околоплодных вод показало, что в 1-й группе длительный безводный промежуток и помутнение околоплодных вод отмечались в  $16,2 \pm 0,5\%$ , а во 2-й группе — в  $24,6 \pm 0,7\%$  случаев. Обвитие пуповины у детей 1-й группы наблюдалось в  $14,7 \pm 0,5\%$ , а во 2-й группе — в  $23 \pm 0,6\%$  случаев.

**Заключение.** Таким образом, степень тяжести течения внебольничных пневмоний у детей первого года жизни во много зависит от таких перинатальных факторов риска, как гестационный возраст ребенка при рождении, преэклампсия, патология плаценты и околоплодных вод.

## ОСОБЕННОСТИ ОТВЕТА СИСТЕМЫ КРОВИ НА SARS-CoV-2 У ДЕТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Сульженко М.Ю., Головченко Н.Н.

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», Луганск, Луганская Народная Республика*

**Актуальность.** В эпидемический процесс COVID-19 вовлечены не только взрослые, но и дети. Имеющиеся данные указывают на более легкое течение COVID-19 у детей, однако широкая вариативность реакции системы кроветворения говорит о недостаточной изученности проблемы в детской популяции.

**Цель исследования.** Изучить особенности гемограммы детей с подтвержденным случаем SARS-CoV-2 в острый период заболевания.

**Пациенты и методы.** Нами были обследованы 35 детей в возрасте от 2 до 17 лет с ПЦР-подтвержденными случаями новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. Анализ крови гематологический проведен на 5–7-й день от начала заболевания. Проанализированы показатели гемограммы. Изменения лейкоцитарной формулы оценивались только в абсолютных значениях.

**Результаты.** Реакция системы кроветворения у детей была разнонаправленной в остром периоде и не имела типичных для реакции кроветворения взрослого человека признаков. Так, анемия была выявлена у  $62,9 \pm 8,4\%$  детей, носила в основном нормохромный, норморегенераторный характер. Лейкоцитоз констатирован у  $25,7 \pm 7,3\%$ , вместе с тем еще более высоким оказался процент лейкопении —  $28,6 \pm 7,0\%$ . Лимфоцитоз отмечался у  $5,7 \pm 3,9\%$  детей, тогда как лимфопения встречалась чаще — у  $31,4 \pm 7,9\%$  обследованных. Нейтрофилез выявлен не был, нейтропения диагностировалась у  $20,0 \pm 6,8\%$ . Несколько иная ситуация сложилась при оценке уровня эозинофилов: их значимое уменьшение отмечено у  $11,4 \pm 5,4\%$ , тогда как увеличение их числа в остром периоде болезни было выявлено у 1 ребенка ( $2,9 \pm 2,8\%$ ). Со стороны тромбоцитов изменения были также неоднородны: тромбоцитоз (незначительный) имел место у  $8,6 \pm 4,7\%$  детей, тогда как тромбоцитопения встречалась значительно чаще — у  $34,3 \pm 8,0\%$  наблюдаемых.

Все вышеуказанные изменения у пациентов носили транзиторный характер и подвергались обратному развитию при динамическом контроле.

**Заключение.** Таким образом, изменения со стороны крови при новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 носят неспецифичный характер и требуют дальнейшего изучения и поиска эффективных методов лечения и профилактики этих состояний.

## РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ. РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Сутовская Д.В.<sup>1</sup>, Бурлуцкая А.В.<sup>1</sup>, Вардосанидзе Т.Ш.<sup>1</sup>, Долбнева О.В.<sup>2</sup>, Борлакова И.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ ДККБ г. Краснодара МЗ КК, Краснодар, Российская Федерация

**Актуальность.** Проблемы язвенной болезни (ЯБ) у детей определяются высокой частотой встречаемости, хроническим рецидивирующим ее течением и возможностью развития опасных для жизни осложнений.

**Цель исследования.** Изучить клинико-эндоскопическую характеристику ЯБ у детей Краснодарского края.

**Пациенты и методы.** Обследованы 90 детей с ЯБ на базе ГБУЗ ДККБ г. Краснодара в период 2010–2021 гг.: мальчики — 62, девочки — 28, 3–7 лет — 12 чел., 8–11 лет — 20 чел., 12–18 лет — 58 чел.

**Результаты.** Заболеваемость ЯБ снизилась с 0,44 по 0,25 на 1000 населения. Установлена локализация ЯБ в двенадцатиперстной кишки (ДПК) у 81 (90%) исследуемого, в желудке — у 6 (6,6%), сочетанная в желудке и ДПК — у 3 (3,4%). Ассоциация ЯБ с *Helicobacter pylori* отмечалась в 81,1% случаев. Пик заболеваемости у мальчиков регистрировался в 17 лет, у девочек — в 16 лет. Отягощенный семейный анамнез наблюдался у 26% респондентов, при этом при ЯБ ДПК — у 33,3%, ЯБ желудка — у 20%. Абдоминальный синдром установлен у всех исследуемых, диспепсический — у 80%, астеновегетативный — у 23%. Превалировали одиночные язвы ДПК — 93,8%, множественные были обнаружены у 6,2% пациентов. Достоверных различий по локализации на передней и задней поверхности установлено не было (54,4 и 45,6%). При первичном поступлении язвенный дефект чаще располагался на передней стенке (65,5%), при рецидиве — на задней (34,5%). Установлены средние размеры язвы  $5,8 \pm 0,41$  мм (от 2 до 19 мм): менее 5 мм — в 24,6% случаев, 5–9 мм — в 57,7%, 10–14 мм — в 15,5%, 15 мм и более — в 2,2%. Размеры язв при первичном поступлении больше, чем при рецидиве, при повторных обострениях количество язв увеличивается. Чаще наблюдались линейные рубцы (85,6%), реже — звездчатые (14,4%). Осложнения ЯБ регистрировались у 8 пациентов (8,8%): кровотечения — у 3 (3,3%), деформация луковицы ДПК — у 5 (5,5%).

**Заключение.** ЯБ остается актуальной как с научной, так и с практической точки зрения. Заболеваемость снизилась в 1,76 раз за последние 10 лет. Пик заболеваемости приходится на подростковый возраст как у мальчиков, так и у девочек. Отягощенный семейный анамнез отмечался у каждого четвертого больного с ЯБ, чаще — при ЯБ ДПК в сравнении с ЯБ желудка. При первичном поступлении язвенный дефект в большинстве случаев локализуется на передней стенке с превалированием одиночных язв, средний размер составил  $5,8 \pm 0,41$  мм. Для рецидива ЯБ характерно уменьшение размеров язв и увеличение их количества.

## **СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ Г. КРАСНОДАРА: ОДНОМОМЕНТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**Сутовская Д.В., Бурлуцкая А.В., Карачевцева Д.Я.**

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

**Актуальность.** Состояние костной ткани отражает качество общего развития детей и подростков. Упущенные возможности профилактики снижения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в детском и молодом возрасте нарушают оптимальное развитие скелета.

**Цель исследования.** Оценить состояние МПКТ у школьников и студентов г. Краснодара.

**Пациенты и методы.** Обследованы 515 пациентов: 386 школьников (11–18 лет, мальчиков — 185, девочек — 201) и 129 студентов (19–25 лет, мужчин — 58, женщин — 71). МПКТ оценивалась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA) по дистальному отделу костей предплечья на денситометре DTX-200 (США). Снижение МПКТ регистрировали при  $z$ -score  $< -2,0$  SD для данного возраста и пола. Для оценки факторов риска снижения МПКТ использовалось анкетирование.

**Результаты.** Установлено снижение МПКТ по сравнению с показателями для хронологического возраста и пола среди 9,6% школьников; частота снижения МПКТ у девочек составила 13,9%, у мальчиков — 4,9%. В возрастном аспекте у школьников снижение МПКТ у девочек чаще регистрировалось в возрастных группах старше 14 лет, а у мальчиков — старше 16 лет. Снижение МПКТ зарегистрировано у 11,6% студентов; среди девочек отмечалось в 15,5% случаев, у мальчиков — в 6,9%. Статистически значимых различий в возрастном аспекте снижения МПКТ среди школьников и студентов установлено не было. Среди школьников со сниженной МПКТ отмечалось 4 и более факторов риска: у всех респондентов установлены выраженный дефицит потребления пищевого кальция, гиподинамия, дефицит витамина D; наличие в анамнезе переломов — у 32,4%, курение — у 40,5%. У студентов при снижении МПКТ также установлено 4 и более факторов риска: у всех — низкое потребление пищевого кальция (выраженный дефицит — 80%, умеренный дефицит — 20%), гиподинамия, низкий уровень витамина D; более 5 чашек кофе в день — у 40%, курение — у 53,3%, наличие в анамнезе переломов — у 40%.

**Заключение.** В ходе исследования статистически значимых различий в возрастном аспекте снижения МПКТ среди школьников (9,6%) и студентов (11,6%) установлено не было. Снижение МПКТ чаще регистрировалось среди девочек — как в школьном, так и молодом возрасте. При снижении МПКТ установлено 4 и более модифицированных факторов риска.

## СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА COVID-19: ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ СРЕДИ СТУДЕНТОВ Г. КРАСНОДАРА (ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Сутовская Д.В., Бурлуцкая А.В., Крылова Д.Р., Горбачева Л.В.

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация*

**Актуальность.** Единственным эффективным и доступным средством борьбы с новой коронавирусной инфекцией является вакцинация, основная цель которой — снижение уровня заболеваемости, тяжести течения и летальных исходов.

**Цель исследования.** Изучить иммуногенность, переносимость и эффективность вакцины «Гам-Ковид-Вак» среди студентов г. Краснодара.

**Пациенты и методы.** Исследование поствакцинального иммунитета проводилось в период с декабря 2020 по ноябрь 2021 г. Обследовано 119 серонегативных студентов (18–30 лет). Определяли IgG к SARS-CoV-2 (метод твердофазного иммуноферментного анализа) через 1, 3, 6 мес после завершенных двух туров вакцинации. Оценивали побочные проявления после иммунизации и случаи заболевания COVID-19 в ходе исследования.

**Результаты.** Уровень IgG к SARS-CoV-2 через 1 мес после вакцинации варьировал от 6,15 до 19,38 и составил  $16,39 \text{ (AU/мл)} \pm 1,12$ . Через 3 мес показатели иммуногенности находились в интервале от 4,407 до 21,5 (AU/мл) ( $14,74 \pm 2,93$ ). Через 6 мес после иммунизации титры IgG зарегистрированы в диапазоне от 4,14 до 17,71 (AU/мл) ( $10,97 \pm 4,69$ ). При анализе результатов серологического исследования были установлены достоверные различия между 1 мес и 3 мес ( $p = 0,000037$ ), 1 мес и 6 мес ( $p = 0,00047$ ), а также 3 мес и 6 мес ( $p = 0,000067$ ). При этом установлена отрицательная корреляция ( $r = -0,5$ ;  $p = 0,002$ ) между периодом от завершенных туров вакцинации и уровнем защитных антител. Побочные проявления после иммунизации зарегистрированы у 34 респондентов, что составило 28,6%: местные (гиперемия, боль, отек) — 21 (17,6%) (слабые — 90,4%, сильные — 9,6%); общие (повышение температуры тела, слабость, озноб, головная боль, артралгия, миалгия) — 13 (10,9%) (слабые и сильные — 69,2 и 30,8% соответственно). Зафиксировано 4 (3,36%) случая заболевания COVID-19 в период между турами вакцинации и 17 (14,2%) — с давностью вакцинации более 6 мес. Среди студентов КубГМУ охват двумя турами вакцинации на ноябрь 2021 г. составил 79,1%, что способствовало снижению заболеваемости COVID-19 с 3,81 до 1,57%.

**Заключение.** Профилактическая массовая вакцинация среди студентов КубГМУ против COVID-19 снизила уровень заболеваемости в 2,4 раза. Вакцина продемонстрировала удовлетворительный профиль безопасности, не было зарегистрировано случаев прекращения вакцинации вследствие побочных явлений. Вакцина способствовала устойчивому гуморальному ответу. Случаи новой коронавирусной инфекции отмечены у 14,2% респондентов с давностью вакцинации более 6 мес, инфекция протекала в легкой форме.

## ОСОБЕННОСТИ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У РАННИХ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Сытова Е.А., Черненко Ю.В., Панина О.С.

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

**Актуальность.** Младенцы, рожденные на сроке гестации 37–38 нед, обычно считаются физиологически и метаболически зрелыми и имеют низкий риск заболеваемости и смертности. Однако последние исследования показали, что заболеваемость и смертность в данной группе выше, чем у детей, рожденных на сроке 39–41 нед.

**Цель исследования.** Изучить особенности течения неонатальной адаптации у ранних доношенных новорожденных.

**Пациенты и методы.** Новорожденные, вошедшие в исследование, были разделены на 3 группы: группа 1 — ранние доношенные новорожденные (срок гестации 37–38 нед); группа 2 — полностью доношенные новорожденные (родившиеся на сроке беременности 39–41 нед); группа 3 — поздние недоношенные дети (со сроком гестации при рождении 34–36 нед). В исследовании проведен ретроспективный анализ медицинской документации (история развития новорожденного ф-097/у, обменная карта беременной).

**Результаты.** В результате проведенного исследования нам удалось выяснить, что риск заболеваемости у ранних доношенных детей был значительно выше по сравнению с полностью доношенными: риск неблагоприятных респираторных событий был выше в 2 раза, транзиторное тахипноэ новорожденных — в 2,5 раза, проведение респираторной поддержки посредством назального СРАР — в 2,8 раза, потребность в ИВЛ была в 4 раза выше. Стоит отметить, что течение транзиторного тахипноэ у ранних доношенных новорожденных практически не отличалось от такового у поздних недоношенных младенцев. Метаболические расстройства также преобладали в исследуемой группе. Гипогликемия отмечалась в 1,5 раза чаще в группе ранних доношенных и поздних недоношенных новорожденных по сравнению с полностью доношенными детьми. Гипербилирубинемия, потребовавшая проведения фототерапии, отмечалась в 3,2 раза чаще в исследуемой группе по сравнению с полностью доношенными детьми и в 2 раза чаще, чем у поздних недоношенных новорожденных.

**Заключение.** Ранние доношенные новорожденные — относительно новая категория детей. Некоторые характеристики ранних доношенных предрасполагают к более высокому риску заболеваемости и смертности по сравнению с полностью доношенными новорожденными. Таким образом, учитывая особенности неонатальной адаптации, необходимо избирать дифференцированный подход к ранним доношенным и полностью доношенным детям.



## ВОЗМОЖНОСТИ НОВЫХ МЕТОДОВ ФИЗИОКИНЕЗОТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ

Тальковский Е.М., Коротеев В.В.

*ГАУЗ МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Актуальность медицинской реабилитации детей, больных сколиозом, обусловлена высокой распространенностью заболевания в структуре ортопедической патологии детского возраста (до 27,6%), тяжелым, нередко прогрессирующим течением процесса, особенно в пубертатный период (50,0%), возможностью ранней инвалидизации.

**Цель исследования.** Научное обоснование применения высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии в медицинской реабилитации детей со сколиозом II степени.

**Пациенты и методы.** Клинические наблюдения и специальные исследования проведены в сравнительном аспекте у 90 детей со сколиозом II степени в возрасте 5–18 лет, разделенных на 3 равные группы. Мальчиков было 23 (25,6%), девочек — 67 (74,4%). Основная группа (30 детей) — получала комплексное воздействие высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии и лечебной гимнастики с элементами К. Шрот (ВИМТ + ЛГ); 1-я группа сравнения (30 детей) получала высокоинтенсивную импульсную магнитотерапию (ВИМТ); 2-я группа сравнения (30 детей) получала лечебную гимнастику с элементами К. Шрот (ЛГ). Методы исследования (до и после лечения): оценка ортопедического статуса, определение силовой выносливости мышц спины и живота, исследование функции внешнего дыхания, проведение электрокардиографии, исследование микроциркуляции по данным метода лазерной доплеровской флоуметрии.

**Результаты.** Анализ полученных результатов позволил установить, что у детей всех изучаемых групп отмечено достоверное уменьшение выраженности асимметрии надплечий, лопаток и треугольников талии, более значимое у пациентов основной группы ( $p < 0,05$ ). Оценка функционального состояния мышц туловища и спины достоверно выявила положительное влияние физических факторов на показатели функциональной выносливости мышц спины и живота у детей во всех изучаемых группах, более выраженные при комплексном применении ВИМТ и ЛГ, где функция мышц спины возросла в 2 раза, а мышц живота — в 1,5 раза по сравнению с исходными значениями ( $p < 0,05$ ). Результаты проведенных исследований показали более выраженное благоприятное влияние комплексного воздействия ВИМТ и ЛГ на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (увеличение частоты встречаемости синусового ритма, уменьшение синусовой тахикардии и брадикардии, а также снижение числа детей с метаболическими нарушениями в миокарде желудочков). По данным спирометрии у всех 48 (53,3%) обследованных детей со сколиозом II степени выявлена статистически значимая ( $p < 0,05$ ) положительная динамика показателей компьютерной флоуметрии (ДО, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, МВЛ, ПСВ, МОС25, МОС50 и МОС75). У 42 (46,7%) изученных детей трех групп исходно отмечался патологический тип микроциркуляции — ишемический. Анализ показателей микроциркуляции у детей всех изучаемых групп выявил благоприятную динамику уровня перфузии тканей на всех уровнях микроциркуляторного русла. Отмечалось увеличение базального кровотока с достоверным увеличением среднего показателя микроциркуляции  $M$  перф. ед. и среднего квадратичного отклонения амплитуды колебаний кровотока  $\sigma$  (перф. ед.). Увеличение амплитуды кардиоритма свидетельствовало об улучшении кровотока в капиллярах. Наиболее статистически значимая положительная динамика показателей лазерной флоуметрии отмечена в группе детей, получавших комплексное воздействие ВИМТ и ЛГ. Соотношение нормированной амплитуды сердечного и дыхательного ритмов АС/АД наиболее значимо уменьшилось в группах детей, получавших как раздельно ВИМТ (с 1,8 до 1,2), так и в комплексе с ЛГ (с 2,4 до 1,1), что свидетельствовало об уменьшении ишемических изменений и увеличении тканевой перфузии. Это способствовало улучшению локальной микроциркуляции. В группе детей, изолированно получавших ЛГ, изменения АС/АД были менее значимы.

**Заключение.** Таким образом, на основании комплексной оценки динамики клинико-функциональных показателей у детей со сколиозом II степени доказана более выраженная терапевтическая эффективность при комплексном применении высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии и лечебной гимнастики с элементами К. Шрот (у 83,3%), что достоверно выше, чем при изолированном применении только высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии (у 66,7%) и лечебной гимнастики с элементами К. Шрот (56,7%).

## **ВЕТРЯНАЯ ОСПА: ВЗГЛЯД ПЕДИАТРА НА СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ТЕЧЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ**

**Тамбова Н.А.<sup>1</sup>, Самороднова Е.А.<sup>1</sup>, Лазарева О.М.<sup>2</sup>, Иванова Т.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> ГАУЗ «Городская детская поликлиника № 6» г. Казани, Казань,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Ветряную оспу (ВО) с учетом особенностей эпидемиологии и клиники, данных о высокой контагиозности и вероятности осложнений можно назвать одной из самых педиатрических инфекций, поэтому представляются актуальными анализ сведений о распространенности указанной патологии у детей, изучение отношения населения к имеющимся перспективами внедрения специфической профилактики.

**Цель исследования.** Изучить современные особенности эпидемиологии, течения ВО у детей и подростков в условиях детской городской поликлиники.

**Пациенты и методы.** Проведены анализ статистических данных по годовым отчетам формы № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», медицинским картам ребенка (форма 112/у) за 2019–2021 гг. в детской поликлинике № 6 г. Казани, анонимное анкетирование 156 родителей для оценки знаний об особенностях течения ВО, ее осложнениях и мерах профилактики.

**Результаты.** В 2019–2021 гг. детский контингент, обслуживаемый поликлиникой, составил 39 583–40 214 (в среднем 40 138) человек. Всего было зарегистрировано 1063 случая ВО в 2019 г., 1059 — в 2020 г., 1455 — в 2021 г., т.е. заболеваемость ВО составила 2648–3625 случаев на 100 000 детского населения. Возрастная структура заболеваемости была следующей: на детей 0–14 лет приходилось 98,1% заболевших, дети до 1 года — 3,04%, 1–2 года — 11,9%, 3–6 лет — 68,3%, причем 83,8% случаев — дети, посещавших образовательные учреждения. По клиническому течению преобладала легкая форма, на долю среднетяжелой приходилось в среднем 34,7%, а тяжелое, требовавшее госпитализации течение наблюдалось в 5%, в т.ч. 2 случая у новорожденных. Из осложнений за данный период регистрировались только присоединение вторичных бактериальных инфекций. Привиты от ВО в поликлинике 492 человека (1,2% детей). По данным анкетирования родителей, 89,2% считают ВО нетяжелой инфекцией, 71,4% не знают, что могут быть осложнения ее течения, только 13,3% знают о наличии вакцины от ВО. Тревожным фактом, на наш взгляд, является то, что более 60% родителей поддерживают мнение, что лучше переболеть ВО в детстве (в т.ч. заразив ребенка на «ветрянка-party»), чем провести вакцинацию (18%).

**Заключение.** Ветряная оспа по-прежнему остается частой и крайне актуальной инфекцией в педиатрической практике, несомненно, требуется усиление работы педиатров и инфекционистов с родителями по вопросам информированности об особенностях течения, рисках осложнений и ее специфической профилактике.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Тарабрина А.А., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Матвеева М.В.,  
Подчиненова Д.В., Коваренко М.А., Дираева Н.М., Филимонов А.Е.,  
Трифонов Е.И.

*ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Томск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Детское ожирение — серьезная проблема общественного здравоохранения во всем мире, поскольку является фактором риска развития различных хронических неинфекционных заболеваний.

**Цель исследования.** Установить распространенность ожирения и избытка висцеральной жировой ткани (ВЖТ) у детей младшего школьного возраста.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 518 детей в возрасте от 6 до 11 лет из четырех школ г. Томска. Была проведена антропометрия с помощью медицинского ростомера МСК-233 и весов, установленных в анализаторе состава тела InBody Ltd. 770. Также всем ученикам проведен анализ состава тела на аппарате InBody Ltd. 770 для качественной и количественной оценки показателей жировой и мышечной ткани.

**Результаты.** Получены результаты о распространенности ожирения и избытка висцеральной жировой ткани у 506 детей (222 девочек и 284 мальчика), 12 учеников были исключены из исследования ввиду сомнительности полученных результатов. Так, у девочек ожирение выявлено у 12%, нормальная масса тела — у 66%. У мальчиков нормальная масса тела диагностирована у 49%, а ожирение — у 23%. Что касается увеличения объема висцеральной жировой ткани, то девочки с висцеральным ожирением при нормальной массе тела составили 7,5%, мальчики — 2,1%.

**Заключение.** Исследование показало высокий уровень распространенности ожирения у детей младшего школьного возраста. Также были выявлены дети с увеличенным объемом ВЖТ и нормальной массой тела. С учетом последних научных данных о возможной роли ВЖТ в метаболических и иммунных сдвигах у детей требуется разработка инструментов превентивной диагностики.

## АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ ПИЩЕВОД У ДЕТЕЙ

Тен Ю.В., Елькова Д.А.

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

**Актуальность.** Сложность оперативного лечения с наличием большого числа витально опасных осложнений и не всегда хорошими функциональными результатами — проблемы, которые не решены на современном этапе развития детской хирургии.

**Цель исследования.** Оптимизировать методологию создания искусственного пищевода у детей.

**Пациенты и методы.** На базе клиники с 1984 по 2021 г. создание искусственного пищевода осуществлено у 155 детей, им проведено 159 тотальных пластик пищевода. Возраст детей составил от 6 мес до 17 лет. Мальчиков было 85, девочек — 70. Подавляющее большинство детей составили больные с атрезией пищевода; 6 детей с рубцовыми облитерациями органа после химических ожогов, 1 ребенок с некрозом пищевода при врожденной диафрагмальной грыже.

**Результаты.** У 59 больных была выполнена одномоментная пластика пищевода. У большинства детей операция была проведена в 2 этапа (96 детей), когда шейный этап операции откладывали на 3–6 мес, что гарантированно исключает возможность развития медиастинита при несостоятельности швов пищевода с кишкой. Наиболее серьезным осложнением были влажный некроз трансплантата — 2; хроническая облитерация — 2; частичная дистальная облитерация кишки за грудиной — 3; миграция трансплантата в брюшную полость — 1; стеноз в области кологастроанастомоза — 2; слюнные свищи на шее — 59; стеноз искусственного пищевода в области шеи — 15 (в 8 случаях — повторная операция, в 7 — бужирование, из них 2 — за нить, 5 — по проводнику). При повторных пластиках пищевода операции проведены через 2 года, при этом отмечен интересный факт: архитектура сосудов и анатомия толстой кишки практически не отличается от первичной картины, и проблем выкраивания трансплантата не было.

**Заключение.** Предложенная технология создания искусственного пищевода эффективна. Со всеми послеоперационными осложнениями удалось успешно справиться. Дети в физическом и психомоторном развитии от сверстников не отстают. Функциональные результаты удовлетворительные. Летальных исходов не было.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ПОВТОРНЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Титова Н.Д.<sup>1</sup>, Поворова О.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Могилевский государственный университет им. А.А. Кулешова,  
Могилев, Республика Беларусь

**Актуальность.** Дети с повторными респираторными инфекциями составляют 15–50% детской популяции. В эту группу входят дети, имеющие различную патологию: дети с аллергическими заболеваниями, дети с хроническими заболеваниями легких, дети, имеющие различные нарушения в отдельных звеньях иммунной системы, в том числе и с неустановленным диагнозом первичного иммунодефицита. Крайне важным является своевременное определение причин частых инфекций у конкретного ребенка.

**Цель исследования.** Оценить типы иммунного реагирования у детей с повторными респираторными инфекциями, охарактеризовать особенности фенотипов иммунного статуса.

**Пациенты и методы.** 98 детей были обследованы клинически и лабораторно: определяли содержание показателей периферической крови, оценивали фагоцитарную активность нейтрофилов периферической крови, концентрации С3- и С4-компонента комплемента, иммуноглобулинов (IgM, IgG, IgA, IgE), циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке. Показатели клеточного иммунитета (CD3+, CD3+CD4+, CD3+CD8+, CD3–CD19+, CD3–CD56+, CD3+CD56+, CD3+CD25+, CD3+HLA-DR) определяли методом проточной цитометрии.

**Результаты.** В группе детей с повторными респираторными инфекциями нарушения гуморального звена иммунитета определялись у 53,1% детей и наиболее часто были представлены снижением уровня IgA — у 37,76% и снижением IgG — у 13,27%, гиперпродукцией IgE — у 11% ( $p < 0,05$ ). Выделили основные фенотипы иммунного статуса у детей с повторными респираторными инфекциями: аллергический — у 14,3%, иммунодефицитный — у 27,6%, инфекционный — у 6,1%, инфекционно-аллергический — у 6,1% детей. Снижение уровня В-лимфоцитов и Т-лимфоцитов-хелперов встречалось с частотой по 16,39%, 17,7 и 29,1% детей соответственно имели сниженные показатели фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа, С3-компонент комплемента был снижен у 8,75% детей, у 8,2% детей имело место снижение уровня NK-клеток (CD3–CD16+CD56+). Использование иммунологических и статистических методов анализа данных позволило выделить основные фенотипы — аллергический, иммунодефицитный, инфекционный, инфекционно-аллергический, отражающие различные состояния клеточного и гуморального, врожденного и адаптивного иммунитета у детей с повторными респираторными инфекциями. Определена частота встречаемости фенотипов: аллергический — у 14,3%, иммунодефицитный — у 27,6%, инфекционный — у 6,1%, инфекционно-аллергический — 6,1% детей.

**Заключение.** Группа детей с рецидивирующими респираторными инфекциями неоднородна и наиболее часто включает в себя детей с аллергическими заболеваниями (29,6%), детей с иммунодефицитными болезнями (4,0% — селективный дефицит IgA), детей с хроническими заболеваниями легких (10,2%), практически здоровых детей с незначительными отклонениями в иммунограмме, не соответствующими диагнозу первичного иммунодефицита.

## ИРЕХ-ПОДОБНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТА С НОВОЙ МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ LRBA

Тихонович Ю.В.<sup>1</sup>, Кондратенко И.В.<sup>2</sup>, Вахлярская С.С.<sup>2</sup>, Демина Е.С.<sup>2</sup>, Воронцова И.Г.<sup>2</sup>, Путилина Е.А.<sup>2</sup>, Петряйкина Е.Е.<sup>2</sup>, Тюльпаков А.Н.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГБНУ «Медико-генетический научный центр» Минобрнауки России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Болезни иммунной дисрегуляции относятся к первичным иммунодефицитным состояниям (ПИД), возникающим за счет нарушения функции Т-регуляторных лимфоцитов. Одним из наиболее хорошо изученных синдромов, встречающихся в практике детского эндокринолога, является X-сцепленный синдром аутоиммунной дисрегуляции, полиэндокринопатии и энтеропатии (ИРЕХ-синдром) в результате мутации в гене FOXP3. Заболевания с похожим фенотипом в результате мутаций в генах IL2RA, STAT5b, STAT1, LRBA и т.д. получили название ИРЕХ-подобный синдром.

Представлено описание случая инсулинозависимого сахарного диабета (СД) в сочетании с тяжелой аутоиммунной энтеропатией у пациента с новой компаунд-гетерозиготной мутацией в гене LRBA.

**Цель исследования.** Описание случая ИРЕХ-подобного синдрома в результате новой компаунд-гетерозиготной мутации в гене LRBA.

**Материалы и методы.** Клинико-лабораторное обследование пациента проводилось в отделении иммунологии Российской детской клинической больницы (РДКБ) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва. Молекулярно-генетический анализ проводился в частной медицинской лаборатории.

**Результаты.** Пациент, 2,5 года. При рождении рост 53 см, вес — 3520 г, раннее физическое, психомоторное развитие без особенностей. С 1 года 11 мес манифестация инсулинозависимого СД. С того же возраста эпизоды рвоты, частого жидкого стула с острой декомпенсацией углеводного обмена и госпитализацией в ОРИТ. Проводилась дифференциальная диагностика с целиакией, инфекционным энтероколитом.

С учетом отсутствия клинического эффекта от проводимой терапии (в том числе от аглютенной диеты) у ребенка мужского пола с ранней манифестацией энтеропатии и инсулинозависимого СД заподозрен ИРЕХ-синдром. Ребенок был переведен в отделение иммунологии РДКБ.

По данным клинического обследования выявлена аутоиммунная цитопения, по данным иммунологического обследования показатели субпопуляций лимфоцитов и сывороточных иммуноглобулинов в пределах референсных значений, экспрессия FOXP3 на нижней границе нормы. Проведено полное секвенирование экзона: в гене LRBA выявлена ранее не описанная компаунд-гетерозиготная мутация.

Установлен клинический диагноз: «Первичный иммунодефицит. Синдром иммунной дисрегуляции. Сахарный диабет. Аутоиммунная энтеропатия. Аутоиммунная цитопения». Назначена таргетная терапия — абатацепт в дозе 10 мг/кг/сут с положительным эффектом.

**Заключение.** Представленный клинический случай демонстрирует трудности диагностики ИРЕХ-подобного синдрома в связи с неспецифичностью клинической картины у детей раннего возраста и редкостью данной патологии, а также необходимость мультидисциплинарного подхода к ведению таких пациентов. Генетическая верификация диагноза необходима для проведения дифференциальной диагностики с ИРЕХ-синдромом и другими формами ИРЕХ-подобного синдрома и выбора оптимальной тактики ведения пациентов.





## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОНИТОРИНГА КИШЕЧНОЙ ФРАКЦИИ БЕЛКОВ, СВЯЗЫВАЮЩИХ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ, У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Толстенюк Ю.С., Приходченко Н.Г.

*ФГБОУ ВО Тихоокеанский государственный медицинский университет  
Минздрава России, Владивосток, Российская Федерация*

**Актуальность.** В последние годы происходит активный поиск неинвазивных биологических маркеров, свидетельствующих о состоятельности кишечника, в том числе при пищевой аллергии. Белок, связывающий жирные кислоты, — I-FABP — является наиболее перспективным для использования в педиатрической практике, это обусловлено неинвазивностью и безопасностью данного метода.

**Цель исследования.** Изучить особенности продукции кишечной фракции белка, связывающего жирные кислоты, в зависимости от носительства полиморфных вариантов гена FABP.

**Пациенты и методы.** Были обследованы 59 детей (от 1 мес до 3 лет): 1-я группа — 39 детей с пищевой аллергией и 2 группа (контрольная) — 20 здоровых детей. Исследование полиморфизмов генов FABP (G163A, Ala54Thr) проводили методом полимеразной цепной реакции. Рассчитывали непараметрический критерий Манна – Уитни для сравнения качественных показателей. Наличие связи между двумя группами с непараметрическими переменными рассчитывалось с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Статистически значимыми считали результаты при значении  $p < 0,05$ .

**Результаты.** У всех пациентов из первой группы было выявлено повышение концентрации I-FABP в моче (в 4,2 раза,  $p < 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой. В динамике заболевания уровень I-FABP статистически значимо снизился ( $0,164 \pm 0,031$  пг/мл в первые дни и  $0,091 \pm 0,013$  пг/мл на 7–10-е сут соответственно,  $p < 0,05$ ). Известно, что полиморфизм гена FABP G163A, (Ala54Thr) ассоциирован с гиперпродукцией белка I-FABP. Частота распределения гомозиготного G/G в нашем исследовании составила 64,1%, гетерозиготного G/A — 25,6%, гомозиготного A/A — 10,3%; частота встречаемости аллелей G — 75% случаев, аллелей A — 25%. Мы провели анализ взаимосвязи тяжести клинических проявлений по шкале CoMiSS с вариантами полиморфизма I-FABP. Коэффициент корреляции Спирмена — 0,012. Зависимость признаков статистически незначима. Делаем вывод, что полиморфизм гена I-FABP не связан с увеличением концентрации одноименного белка в моче.

**Заключение.** Таким образом, проведенное нами исследование выявило статистически значимое снижение уровня I-FABP в динамике заболевания на фоне элиминационной терапии. Ассоциация патологического генотипа FABP G163A, (Ala54Thr) при гиперпродукции I-FABP у детей с пищевой аллергией не выявлена. Определение содержания I-FABP в моче может служить в качестве объективного критерия при оценке состояния кишечного барьера у детей с пищевой аллергией вне зависимости от генетического полиморфизма гена FABP.

## ОСОБЕННОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С SARS-CoV-2

Турдиева Ш.Т., Абдурашидова Х.Б.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан*

**Актуальность.** В последние месяцы отмечается стремительное омоложение полиорганных нарушений у детей, перенесших коронавирусную инфекцию SARS-CoV-2 (COVID-19). Педиатрический воспалительный мультисистемный синдромом, связанный с SARS-CoV-2 (PIMS-TS), или мультисистемный воспалительный синдром (MIS-C) у детей, ассоциированный с COVID-19, — тяжело протекающее состояние с охватом нескольких жизненно важных органов у ребенка, имеющее тяжелые долгосрочные последствия. Также является тяжелым гетерогенным заболеванием, требующим длительного наблюдения за хроническими осложнениями. Учитывая тот фактор, что организм ребенка находится на стадии формирования, данная проблема становится более актуальной.

**Цель исследования.** Изучение особенностей клинических проявлений кардиоваскулярных нарушений при мультисистемном воспалительном синдроме у детей (PIMS-TS), ассоциированном с SARS-CoV-2 (COVID-19).

**Пациенты и методы.** Анализированы клинические варианты течения кардиоваскулярных нарушений при PIMS-TS у 24 детей в возрасте от 6 мес до 8 лет, проходивших стационарное лечение в специализированном педиатрическом отделении Детского национального медицинского центра г. Ташкента. Материалами исследования являлись результаты клинико-лабораторных и инструментальных данных, истории болезни и электронные записи о пациентах.

**Результаты.** Всем изучаемым нами пациентам на основании исследования уровня иммуноглобулинов M и G на SARS-CoV-2, а также общего клинического обследования и анализа анамнестических данных был поставлен диагноз «мультисистемный воспалительный синдром, связанный с COVID-19 (PIMS-TS)» (код по МКБ-10 — U10). У всех пациентов в анамнезе имела место стойкая гипертермия, плохо поддающаяся медикаментозной коррекции, длительностью от 2 до 9 мес, что и являлось основной причиной обращения в данный стационар. В ходе изучения кардиоваскулярных нарушений было отмечено, что у 19 (79,2%) детей из 24 пациентов с MIS-C имеется картина постинфекционного кардита. У 3 (12,5%) пациентов в возрасте старше 5 лет диагностировано нарушение ритма сердца в виде тахикардии без инструментальных выявлений грубых органических нарушений со стороны сердца (мультиспиральная компьютерная томография и доплерография сердца), но у данных пациентов отмечали наличие суставного синдрома, очень характерного для суставно-висцеральной формы ювенильного ревматоидного артрита. Одновременно у 17 (89,5%) из 19 пациентов с кардиоваскулярными нарушениями отмечали респираторную патологию и у 11 (57,9%) — гастродуоденальные нарушения. У 2 (8,3%) из 24 пациентов был обнаружен перикардиальный выпот. Легкое или умеренное снижение фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ от 30 до 55%) отмечали у 8 (33,3%) из 24 пациентов. Тяжелые осложнения в виде ФВЛЖ менее 30% выявлены у 2 пациентов (8,3%) из 24, коронарная дилатация — у 3 (12,5%) из 24 пациентов. Все пациенты получили соответствующее лечение, летальных исходов не было.

**Заключение.** У детей с PIMS-TS в 79,2% случаев отмечаются кардиоваскулярные нарушения в виде постинфекционного кардита, в 33,3% случаев — легкого или умеренного снижения фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ от 30 до 55%) и в 8,3% — в виде перикардита.

## **СОСТОЯНИЕ СЛУХА У ДЕТЕЙ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В МАССОВЫХ И КОРРЕКЦИОННЫХ ШКОЛАХ**

**Туфатулин Г.Ш.**

*СПб ГКУЗ «Детский городской сурдологический центр»,  
Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Актуальность.** В Российской Федерации с 2008 г. проводится универсальный аудиологический скрининг новорожденных. Сохраняет свою актуальность своевременное выявление отсроченной и приобретенной тугоухости. Важным с этих позиций представляется скрининг слуха в начальной школе.

**Цель исследования.** Оценка распространенности и структуры патологии слуха у младших школьников, сравнение результатов, полученных в массовой и коррекционной школах.

**Пациенты и методы.** Проведено скрининговое аудиологическое обследование учащихся 1–4-х классов: 331 ребенок 6–11 лет (ср. 8,85 лет). 183 ребенка (группа 1) — учащиеся массовой школы, 148 детей (группа 2) — школы для детей с нарушениями зрения. Протокол включал отоскопию, тимпанометрию, регистрацию отоакустической эмиссии, скрининговую тональную пороговую аудиометрию. В случае выявления патологии ребенок направлялся в сурдологический центр для постановки диагноза.

**Результаты.** В группе 1 отклонения от нормы выявлены у 42 (23%) детей, впоследствии патология подтверждена у 36 (19,7%) детей. В группе 2 отклонение обнаружено у 31 ребенка (20,9%), диагноз подтвержден у 28 детей (18,9%). Межгрупповых различий в распространенности патологии уха не было ( $p > 0,05$ ). При анализе структуры патологии оказалось, что у детей группы 1 преобладают серные пробки и экссудативный средний отит (83%, 30 детей). В структуре патологии у детей группы 2 стойкая тугоухость (сенсоневральная тугоухость, слуховая нейропатия, хронический гнойный средний отит, аномалии развития среднего уха) выявлена в половине случаев (14 детей). Имеются достоверные различия в частоте встречаемости стойкой тугоухости между группами 1 и 2 ( $p < 0,05$ ). Кроме того, у детей группы 1 выявлялась тугоухость только 1-й степени, в то время как у детей группы 2 встречалась тугоухость более высокой степени. Детям из группы 2 с выявленной сенсоневральной тугоухостью 2, 3 и 4-й степени в 4 случаях проведено слухопротезирование. Во всех случаях отмечалась положительная динамика в академической успеваемости, слухоречевом и интеллектуальном развитии.

**Заключение.** У детей в коррекционной школе частота встречаемости и выраженность стойкой тугоухости достоверно выше. Причинами могут быть факторы риска, общие для возникновения нарушений слуха и зрения, наследственная синдромальная патология. Учитывая сопутствующие нарушения зрения, тугоухость оказывает особенно негативное влияние на развитие ребенка. Своевременная диагностика и вмешательство позволяют ослабить или исключить это влияние. Программу скрининга слуха у школьников целесообразно начинать именно с коррекционных школ.

## **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19) У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ ЗА 2020–2022 ГГ.**

**Тхакушинова Н.Х., Бевзенко О.В.**

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация*

**Актуальность.** Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) характеризуется разнообразием клинической картины в виде двустороннего поражения легких, острого респираторного дистресс-синдрома, гиперкоагуляционного синдрома с тромбозами и тромбоэмболиями, поражаются также другие органы и системы.

**Цель исследования.** Провести анализ течения и лечения новой коронавирусной инфекции у детей Краснодарского края на современном этапе.

**Пациенты и методы.** Изучена медицинская документация 9810 детей в возрасте от 5 дней до 17 лет с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), получавших лечение в медицинских организациях Краснодарского края.

**Результаты.** Проанализировано 9810 случаев (0,8%) заболевания COVID-19 у детей Краснодарского края. Дети грудного возраста составили 635 человек (6,5%), школьники — 6368 (64,9%). В 75% случаев пациенты проживали в городах. Заболевание наблюдали в легкой степени (28,2%) и среднетяжелой (71,2%). В 10,1% случаев пациенты были госпитализированы. В 100% случаев дети не были привиты от гриппа, в 70,3% — от пневмококковой, гемофильной инфекций.

Основными жалобами при поступлении были повышение температуры тела до 38–38,5 °С, насморк, кашель. Температура выше 39 °С наблюдалась в 27,3% случаев. Нарушение обоняния зарегистрировано в 19,4% случаев у детей школьного возраста. В 23,9% случаев заболевание протекало у детей с отягощенным преморбидным фоном. Все пациенты были обследованы методом ПЦР-тестирования мазка из зева и носоглотки на SARS-CoV-2. Двустороннее поражение легких зарегистрировано в 27,4% случаев, мультисистемный воспалительный синдром — в 3,5% случаев. В этиотропной терапии чаще использовали препараты интерферона альфа-2b, умифеновир. В тяжелых случаях широко использовали ингибиторы рецепторов IL-6 в сочетании с глюкокортикоидами. В Краснодарском крае зарегистрировано 2 летальных случая от новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

**Заключение.** В настоящее время новая коронавирусная инфекция (COVID-19) у детей в Краснодарском крае протекает в нетяжелой форме, в 89,9% случаев лечение проводится в амбулаторных условиях. Инфекция чаще сопровождается типичными признаками острого респираторного заболевания, двусторонним поражением легких, регистрируется мультисистемный воспалительный синдром. Проведение комплекса своевременных диагностических и лечебных мероприятий способствует ускорению процесса выздоровления и минимизации летальных исходов.

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИППА У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2021–2022 ГГ.

Тхакушинова Н.Х., Бевзенко О.В.

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация*

**Актуальность.** Грипп — острое инфекционное заболевание, вызванное вирусом гриппа, которое в холодное время года поражает до 15% населения земного шара. Ежегодно в мире до 500 млн человек заболевают гриппом, из них 2 млн случаев заканчиваются смертельным исходом.

**Цель исследования.** Анализ собственных клинико-эпидемиологических исследований течения гриппа у детей в Краснодарском крае на фоне подъема заболеваемости новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в эпидемическом сезоне 2021–2022 гг.

**Пациенты и методы.** Проведен клинико-эпидемиологический анализ течения гриппа у 306 детей в возрасте от 2 мес до 17 лет, госпитализированных в ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края. Для этиологической расшифровки заболевания применяли лабораторные методы обнаружения РНК вируса гриппа — ПЦР, а также иммунохроматографический экспресс-метод.

**Результаты.** В 100% случаев был зарегистрирован грипп А/Н3N2. Чаще болели дети в возрастной группе от 3 до 6 лет — 38,6%, дети грудного возраста — 12,7%, школьники — 23,9%. Дети из неорганизованных коллективов составили 121 человек (39,5%). Ни один ребенок не был привит от гриппа. В 81,7% случаев течение болезни было средней степени тяжести. Чаще болезнь начиналась с лихорадки и катаральных симптомов. В 15% случаев заболевание протекало на фоне отягощенного преморбидного фона (сахарный диабет, бронхиальная астма, ожирение, эпилепсия, ДЦП). Чаще регистрировали поражение органов дыхательной системы в виде ларинготрахеитов (4,9%), бронхитов (46,7%), пневмоний (24,5%). В 32% случаев болезнь протекала в комбинации с острой кишечной инфекцией как микст-инфекция. Гематологические изменения наблюдали в 15,6% случаев в виде лейкопении, в 7,5% — тромбоцитопении. В лечении широко использовали противовирусные препараты, включая жидкую форму римантадина гидрохлорида, по показаниям — антибактериальные препараты, патогенетическую и симптоматическую терапию. В отделении реанимации и интенсивной терапии пролечено 8 пациентов с осложненными формами заболевания. Все дети с гриппом были выписаны с выздоровлением.

**Заключение.** Начало эпидемического сезона 2021–2022 гг. в Краснодарском крае характеризуется подъемом заболеваемости гриппом А/Н3N2. Чаще болеют дети дошкольного возраста (от 3 до 6 лет). В 18,3% случаев регистрируются тяжелые формы заболевания. Реже наблюдаются изменения в гематологических показателях. В 100% случаев болели дети, не привитые против гриппа. Своевременное проведение комплекса диагностических и лечебных мероприятий в виде назначения противовирусной и антибактериальной терапии способствует быстрейшему выздоровлению детей.

## ГЕМИГИПЕРТРОФИЯ СПРАВА У РЕБЕНКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Улуханова Л.У.

*Дагестанский государственный медицинский университет,  
Махачкала, Российская Федерация*

**Актуальность.** Гемигипертрофия — относительно редкое заболевание, частота встречаемости которого варьирует от 1 : 14 000 до 1 : 86 000, проявляющееся, как правило, односторонней асимметрией тела и конечностей по объему и длине. В Большой медицинской энциклопедии это заболевание трактуется как «увеличение размеров половины тела» человека.

**Цель исследования.** Описание клинического случая гемигипертрофии справа у ребенка 1 года 7 мес, который представляет интерес по причине редкой встречаемости данной патологии.

**Пациенты и методы.** Был обследован ребенок 1 года 7 мес, которому проведены КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, УЗИ сердца, УЗИ почек и мочевого пузыря. Также сданы онкомаркеры: В-ХГЧ — 0,9 мМЕ/мл (0–2,6 мМЕ/мл); альфа-фетопротеин — 180 994 нг/мл (при норме до 7); нейронспецифическая енолаза — 64 нг/мл (0–17 нг/мл); моча на гормоны (адреналин, дофамин в норме): норадреналин — 86,28 мкг/л (при норме менее 59,30 мкг/л); адреналин — 1,90 мкг/л, (при норме < 12,60 мкг/л); норадреналин — 86,28 мкг/л (при норме до 59,30 мкг/л); дофамин — 51,59 мкг/л (при норме до 399,30 мкг/л).

**Результаты.** На приеме ребенок 1 года 7 мес. Жалобы на переудлинение правой верхней и нижней конечности. Анамнез заболевания: разницу заметили с рождения, при наблюдении прогрессирует. При осмотре: верхние конечности — длина плеча (D > S), длина предплечья (D > S). Деформация отсутствует. Движения в суставах безболезненные. Нижние конечности — ходит самостоятельно. Походка не изменена. Длина бедра (D > S). Длина голени (D > S). Вальгусная деформация на уровне правого коленного сустава. Движения в суставах — физиологическая амплитуда, безболезненные.

КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 05.06.2020: в области правого надпочечника, по всей его поверхности, несколько оттесняя паренхиму верхнего сегмента почки книзу, плотно прилегая к правой доли печени, не имея четких границ с нею, определяется неправильной формы опухолевидное неоднородное кистозно-мягкотканное образование с нечеткими, неровными контурами с 3 кистозными участками и мягкотканым компонентом, общими размерами 20 × 33 × 35 мм, неоднородной плотности от 33 до 48 ед.Х, после контрастирования — до 129 ед.Х, кистозные участки не меняют свою плотность. Левый надпочечник обычной формы, размеров и плотности. Печень незначительно увеличена (вертикальный размер 83 мм), расположена обычно, имеет ровные, четкие контуры. По остальным органам без патологии. Заключение: КТ-признаки образования правого надпочечника. Гепатомегалия.

В динамике: МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с к/у от 29.12.2020. Правый надпочечник с неровными контурами с наличием утолщений в области тела надпочечника до 8 × 12 мм и латеральной ножки до 7 × 8 мм, несколько неоднородной структуры, неравномерно накапливающих контраст. Левый надпочечник обычной формы, размеров и плотности. По остальным органам без патологии.

**Заключение:** КТ-признаки локального утолщения в области латеральной ножки и тела правого надпочечника. Невыраженная забрюшинная лимфаденопатия.

Другие уточненные приобретенные деформации костно-мышечной системы. Гемигипертрофия справа, вальгусная деформация н/з правого бедра.

Таким образом, представлен клинический случай гемигипертрофии справа у ребенка 1 года 7 мес, который представляет интерес по причине редкой встречаемости данной патологии и из-за специфической клинической картины, включающей асимметричный рост конечностей, туловища и лица, аномалии строения скелета.



## СИНДРОМ ПИРСОНА У 2-ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА

Улуханова Л.У.

*Дагестанский государственный медицинский университет,  
Махачкала, Российская Федерация*

**Актуальность.** Синдром Пирсона — это мультисистемное митохондриальное заболевание, при котором возникают нарушения кроветворения, недостаточность функций поджелудочной железы и печени. Патология развивается на фоне дупликации (удвоения) или спорадической делеции (потери участка) материнской мДНК. Синдром проявляется в младенчестве тяжелой анемией, длительной диареей, отставанием в психомоторном развитии.

**Цель исследования.** Показать клинический случай редкого митохондриального заболевания. Ранее в мире насчитывалось не больше 100 случаев синдрома Пирсона, но по мере усовершенствования диагностических критериев установлена истинная частота встречаемости заболевания — 1 : 5000.

**Пациенты и методы.** На приеме был ребенок И., 2 года 1 мес, проживающий за пределами Дагестана, которому при молекулярно-генетическом исследовании в МГНЦ был подтвержден диагноз.

**Результаты.** Жалобы на приеме (11.12.2021): последние 2 нед отмечаются снижение аппетита, слабость, раздражительность, запах изо рта. Контакт с инфекционными больными отрицают. При осмотре кожные покровы чистые, бледные. Зев спокоен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов, патологических шумов нет. Язык влажный, густо обложен. Живот мягкий, несколько вздут. Стул, диурез, со слов мамы, не нарушены. Менингеальных знаков, очаговой симптоматики не наблюдается.

Из анамнеза жизни: ребенок от первой беременности, первых родов, протекавшей, со слов мамы, без особенностей. Брак родственный, троюродный брат по линии матери. Вес при рождении — 3300 г, длина тела — 52 см. Закричал сразу, к груди приложили на вторые сутки. После родов переведен в ОПН на гемотрансфузию, после отмечалось повышение уровня гемоглобина до 140 г/л. Привит только от гепатита В. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Из перенесенных заболеваний — 6 раз ОРВИ в легкой форме.

Анамнез заболевания: со слов мамы, с рождения отмечается анемия, в возрасте 1 мес отмечалась панцитопения, гемоглобин — 78 г/л, тромбоциты — 60 тыс/мкл, лейкоциты —  $3,2 \times 10^9$ /л, в связи с чем были госпитализированы по месту жительства. В миелограмме: бластные клетки — 4,7–18%. Раздражение лейкоцитарного ростка, задержка созревания на стадии метамиелоцита, миелоцитарная реакция. Эритроидный росток сужен, гемоглобинизация нарушена. Незначительно расширен мегакариоцитарный росток, дисмегакариоцитопоз. В общем анализе крови снижение тромбоцитов до 60 тыс/мкл. Миелограмма от 13.01.2020: бластные клетки — 8,0–20,2%. Гиперплазия гранулоцитарного ростка за счет молодых незрелых форм, диспластические дегенеративные изменения с задержкой созревания до стадии метамиелоцита. Гипоплазия эритроидного ростка. Дисплазия эритроидного и мегакариоцитарных ростков. По данным цитогенетического исследования — кариотип 46, XY. Миелограмма от 27.01.2020: бластные клетки — 6,4–11,2%. Гиперплазия гранулоцитарного ростка (за счет молодых форм). Задержка созревания гранулоцитов на стадии метамиелоцитов. Миелоцитарная реакция. Гипоплазия эритроцитарного ростка. Мегакариоцитарный росток сохранен. Активность фермента В-глюкоцереброидазы не снижена (болезнь Гоше исключена).

С 02.03.2020 по 01.04.2020 ребенок госпитализирован в отделение гематологии и ХТ № 1 РДКБ. При иммунофенотипировании костного мозга опухолевые клетки не обнаружены. ДНК парвовируса В19 не выявлена. Данных за гемоглобинопатию, иммунную гемолитическую анемию нет. Уровень иммуноглобулинов в пределах нормы. Ребенок трансфузионно зависим, трижды проводились заместительные гемотрансфузии. В межгоспитальном периоде ребенок получил препарат ВВИГ (привиджен) 2 г/кг, ответ на терапию не получен. Болезнь Вильсона – Коновалова также исключена. В общем анализе крови сохраняется трехростковая цитопения. Цитогенетическое исследование костного мозга от 22.01.2021 — крайне низкая клеточность. При исследовании методом FISH моносомии/делеции 7 не выявлено. КЩС — лактатацидоз 5,5 ммоль/л.

Учитывая повышение уровня сывороточного ферритина до 2943 нг/мл на фоне постоянных гемотрансфузий рекомендована хелаторная терапия деферазироксом в начальной дозе 10 мг/кг/сут до 30 мг/кг/сут с контролем сывороточного ферритина.

**Заключение.** С учетом того, что с раннего возраста наблюдаются апластическая анемия, лактатацидоз, изменения в миелограмме (повышение уровня кольцевидных сидеробластов до 47%), признаки гепатита (повышение уровня трансаминаз до 2 норм), заподозрена митохондриальная патология — синдром Пирсона. Для подтверждения диагноза кровь ребенка была направлена на молекулярно-генетическое исследование в МГНЦ. Методом ПЦР очень длинных фрагментов (Long-PCR) проведен анализ на ДНК, выделенной из клеток крови и мочевого осадка, на наличие делеций мтДНК в районах, где описано большинство изменений (6380–16567). Выявлена делеция примерно 4500 п.н. в гомоплазмическом состоянии на ДНК, выделенной из клеток крови и мочевого осадка. По результатам исследования был подтвержден синдром Пирсона. В моче повышена концентрация ряда метаболитов (3-метилглутаровой, 3-метилглутаконовой кислот). Данные изменения могут быть также обусловлены рядом наследственных заболеваний. Синдром Пирсона относится к митохондриальным болезням с быстрым прогрессирующим системным поражением. Специфического лечения в настоящее время не существует. Трансплантация костного мозга устраняет костномозговую недостаточность, однако не влияет на лактатацидоз, который является основной причиной гибели пациентов с этим заболеванием. Таким образом, ребенку показана только симптоматическая терапия.

## СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ СО СМЕШАННОЙ ФОРМОЙ МУКОВИСЦИДОЗА

Умарназарова З.Е., Умарова М.Д.

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

**Актуальность.** По данным разных авторов, изменения в гепатобилиарной системе при муковисцидозе встречаются в 20–80% (Colombo С. Liver disease in cystic fibrosis, 2017). Осложнения со стороны гепатобилиарной системы становятся второй (после легочных осложнений) причиной смерти больных муковисцидозом (Efrati O., Barak A. Liver cirrhosis in cystic fibrosis, 2003).

**Цель исследования.** Анализ клинико-лабораторных особенностей изменений гепатобилиарной системы в зависимости от длительности заболевания у детей со смешанной формой муковисцидоза.

**Пациенты и методы.** С 2020 по 2021 г. в отделении гастроэнтерологии РИПИАТМ обследовано 40 детей, находящихся на лечении с диагнозом «муковисцидоз». Для выявления изменений в гепатобилиарной системе учитывали анамнестические данные, клинико-лабораторные и инструментальные **Результаты.**

**Результаты.** 55% детей, наблюдаемых для постановки диагноза, были мальчиками и 45% — девочками, а средний возраст постановки клинического диагноза среди этих детей составил 2 года 3 мес. У 40% госпитализированных детей заболевание тяжелое, у 60% — среднетяжелое. У детей с тяжелым течением заболевания средний срок появления первых симптомов составляет 5 мес. УТТ выявили гепатомегалию — 55%, реактивные изменения печени — 15%, диффузные изменения печени — 10%, утолщение паренхимы печени — 15%, сгущение желчи (сладж) — 10%, спленомегалию — 2,5%, фиброз печени слева — у 1 больного. Примечательно, что пациенту поставили диагноз в возрасте 5 мес, и заболевание было тяжелым. Желтуха выявлена у 1 больного, 10-кратное повышение билирубина. У этой пациентки симптом заболевания также был выявлен при рождении. Лабораторные исследования определили повышение ферментов АЛТ и АСТ у 15% всех детей и повышение альфа-амилазы — у 2,5% больных. У всех наблюдаемых детей заболевание было подтверждено потовой пробой, ИРТ, тестами на определение эластазы 1 в кале.

**Заключение.** Представленные данные клинических наблюдений позволяют сделать предположение о связи изменений в гепатобилиарной системе с течением заболевания при муковисцидозе. Раннее появление симптомов приводит к выраженному изменению гепатобилиарной системы и тяжелому течению болезни.



## ВЫБОР ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОНЛАЙН-ПЛАТФОРМЫ AMRMAP

Файзуллина Р.М.<sup>1</sup>, Шангареева З.А.<sup>1</sup>, Санникова А.В.<sup>1, 2</sup>, Мананова А.Ф.<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Уфа, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ РБ Городская детская клиническая больница № 17, Уфа,  
Российская Федерация

**Актуальность.** В 2016 г. группой экспертов МАКМАХ была создана интернет-платформа AMRmap (Anti Microbial Resistance map) (<https://amrmap.ru>), позволяющая своевременно получать информацию о чувствительности микроорганизмов к различным классам антимикробных препаратов на территории Российской Федерации.

**Цель исследования.** Анализ функциональных возможностей онлайн-платформы AMRmap при выборе эмпирической антибактериальной терапии у детей с внебольничными инфекциями мочевых путей.

**Пациенты и методы.** Описаны функциональные возможности платформы на примерах. В качестве объекта исследования выбрана кишечная палочка (*Escherichia coli*), поскольку общая доля представителей порядка Enterobacteriales у детей с внебольничными инфекциями мочевых путей (ИМП) в Российской Федерации составила 93,8%, а частота выделения *E. coli* была около 80%. Кроме того, в многоцентровом исследовании «ДАРМИС-2018» было продемонстрировано этиологическое сходство внебольничных ИМП среди детей, взрослых, беременных.

**Результаты.** При выборе антибактериального препарата для стартовой терапии необходимо учитывать региональную ситуацию с антимикробной резистентностью предполагаемых возбудителей. На примере детского населения с внебольничными ИМП Республики Татарстан как субъекта Приволжского федерального округа мы наглядно на диаграмме видим высокий уровень резистентности *E. coli* к ампициллину (34,78%), к амоксициллину + клавулановой кислоте (32,61%) и триметоприму/сульфаметоксазолу (17,39%), что следует учитывать при выборе терапии. Частота продукции бета-лактамаз расширенного спектра кишечной палочки к цефалоспорином за последние годы. Самые высокие показатели чувствительности *E. coli* среди пероральных антибактериальных препаратов продемонстрированы для фосфомицина (97,83%) и нитрофурантоина (97,83%). Данные онлайн-платформы AMRmap свидетельствуют о росте резистентности к большинству антимикробных препаратов среди внебольничных штаммов Enterobacteriales, и в частности *E. coli*, в России.

**Заключение.** Таким образом, в рекомендуемых схемах лечения внебольничных ИМП следует учитывать вышеописанные данные результатов регионального мониторинга чувствительности уропатогенов к основным антимикробным препаратам, поскольку в большинстве случаев терапия проводится эмпирически, без возможностей достоверной микробиологической диагностики. Планируемый результат применения онлайн-платформы AMRmap подразумевает грамотный выбор эмпирической антибактериальной терапии у пациентов с инфекцией мочевых путей.



## ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Файзуллина Р.А., Сергеева Д.Р., Хайруллина Л.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Республика Татарстан, Российская Федерация

**Актуальность.** Лечение детей с аллергией предусматривает определенное питание. Однако рекомендации по его соблюдению не всегда обоснованы. Это приводит к дисбалансу нутриентов, основным проявлением которого является нарушение физического развития.

**Цель исследования.** Изучить физическое развитие детей с аллергическими заболеваниями.

**Пациенты и методы.** Изучены антропометрические параметры и питание с помощью специально разработанной анкеты у 47 детей. Из них 23 ребенка (49%) с atopическим дерматитом (АД), 24 ребенка (51%) — с бронхиальной астмой (БА). Значение медианы возраста детей составило с АД Me (Q1-Q3) 5 (4–8) лет, с БА — 10 (7–15) лет.

**Результаты.** Выявлено, что дети с АД, несмотря на скудный рацион питания, имеют тенденцию к избытку массы тела по отношению к длине тела в 34,7% случаев. При анализе физического развития у детей с БА, напротив, наблюдали обратную картину. В 45,9% случаев у них наблюдается недостаток массы тела по отношению к длине. При этом недостаток массы тела III степени наблюдался только в группе с БА у 45,8% детей.

Режим питания у детей с АД соблюдался в 60,9% случаев, а у детей с БА — лишь 29,2% случаев. Несмотря на регулярный прием пищи в соответствии с возрастом при АД, выявленная частота избыточной массы тела у детей, видимо, связана с компенсаторным желанием ребенка восполнить ограниченный по пищевому разнообразию рацион увеличением объема крупяных блюд, которые отличаются высоким содержанием углеводов и калорий. Нередким явились и сопутствующие расстройства пищеварения. Тенденция к более распространенному дефициту массы тела у детей с БА может быть связана с более глубокими трофологическими нарушениями на фоне хронической гипоксии при рецидивирующем течении заболевания.

**Заключение.** Исследования трофологического статуса у детей с аллергическими заболеваниями (АД и БА) по антропометрическим параметрам и анализу фактического питания показали неоднозначные результаты. Выбор диетотерапии с длительным ограничением ряда важных продуктов при АД требует мониторинга состояния здоровья и своевременной коррекции. Высокая распространенность дефицита массы тела при БА свидетельствует о необходимости контроля не только питания, но и терапии на всех стадиях заболевания.

## УРОВЕНЬ ПРИВИТОСТИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

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

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

**Актуальность.** Эпидемия COVID-19 уже более полутора лет провозглашена ВОЗ текущей глобальной пандемией, унесшей миллионы человеческих жизней во всем мире. Поэтому мировое врачебное сообщество настоятельно рекомендует в период пандемии уделять приоритетное внимание первичной вакцинации против различных инфекций, в том числе пневмококковой. В наши дни многочисленные научные данные подтверждают ранее высказанные предположения о неспецифическом профилактическом воздействии плановой педиатрической иммунизации, в т.ч. против пневмококковой инфекции, в условиях пандемического распространения COVID-19.

**Цель исследования.** Оценить уровень привитости детей, наблюдавшихся на базе ДГКБ № 133 ДЗ г. Москвы после перенесенного COVID-19 в первую волну заболевания, с учетом возрастного аспекта, схемы введения, а также вида/видов вводимой вакцины.

**Пациенты и методы.** В исследовании принимали участие 140 детей с рождения до 18 лет, перенесших новую коронавирусную инфекцию. Все пациенты были поделены на 5 возрастных групп: 1-я группа (5 человек) — дети в возрасте от рождения до 11 мес 29 дней; 2-я группа (7 человек) — дети в возрасте от 12 мес до 1 года 11 мес 29 дней; 3-я группа (37 человек) — дети в возрасте от 2 лет до 5 лет 11 мес 29 дней; 4-я группа (58 человек) — дети в возрасте от 6 лет до 13 лет 11 мес 29 дней; 5 группа (33 человека) — дети от 14 лет до 17 лет 11 мес 29 дней. Иммунизация против пневмококковой инфекции осуществлялась тремя видами препаратов: пневмококковой конъюгированной десяти- (ПКВ10) и тринадцативалентной (ПКВ13) вакцинами, а также пневмококковой полисахаридной вакциной (ППВ23). Выбор препарата зависел от возраста, а также предлагаемой вакцины.

**Результаты.** Среди исследуемых детей, перенесших инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, против пневмококковой инфекции привито лишь 30 реконвалесцентов (21,4%). Причем в предшествовавший заболеваемости сезон получили прививку лишь 4 ребенка (2,9%) в возрасте от 1 года до 4 лет ПКВ13.

Установлено, что среди привитых большинство (n = 18; 60%) составляли дети третьей возрастной группы, а младенцы первой возрастной группы не получили ни одной дозы пневмококковой вакцины.

При этом только трое детей (10%) были привиты в соответствии с национальным календарем профилактических прививок по схеме 2+1, а более половины пациентов (n = 18; 60%) привились после двух лет однократно.

Пациенты вакцинированы преимущественно ПКВ13 (n = 22; 70%), реже — однократной дозой ППВ23 (n = 6; 20%). Причем вакцинация ППВ23 в большинстве случаев (n = 4) проводилась более 4 лет назад. В двух случаях проводилась и сочетанная иммунизация с использованием ПКВ10 и ПКВ13, а также ПКВ13 и ППВ23.

Все реконвалесценты новой коронавирусной инфекции, привитые против пневмококковой инфекции, перенесли заболевание в легкой форме.

**Заключение.** Представленные данные демонстрируют чрезвычайно низкий охват вакцинацией против пневмококковой инфекции, что является неблагоприятным фактором в отношении возможного присоединения бактериальной пневмонии на фоне заболеваемости COVID-19. Кроме того, нарушения вакцинального анамнеза, в т.ч. в отношении пневмококковой иммунизации, могут быть одним из факторов риска развития инфекции, вызванной SARS-CoV-2, у детей, что дополнительно обосновывает поддержание услуг вакцинации в период ограничительных мероприятий при пандемии COVID-19. Это подтверждает важность вакцинации в период пандемии COVID-19.





## ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Федотова Г.В., Вахлова И.В., Боронина Л.Г., Ибрагимова Ю.Н.

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

**Актуальность.** Одним из наиболее ранних и частых клинических проявлений аллергии у детей является атопический дерматит. На формирование атопии влияет нарушение микробиоты кишечника. Для изучения метаболитов микробиоты кишечника используется метод газожидкостного хроматографического анализа (ГЖХ), который обладает высокой чувствительностью и специфичностью, простотой воспроизведения, возможностью быстрого получения результатов.

**Цель исследования.** Провести анализ содержания короткоцепочечных жирных кислот в кале и выявить особенности метаболической активности микробиоты кишечника у детей с атопическим дерматитом.

**Пациенты и методы.** В первую группу (1) наблюдения вошли дети, относящиеся к I, II группам здоровья ( $n = 25$ ), во вторую (2) — дети с атопическим дерматитом ( $n = 18$ ). Исследование метаболической активности микробиоты проводили методом ГЖХ по методике, предложенной М.Д. Ардатской и соавт. Определяли в фекалиях продукты микробного метаболизма (маркеры): C2 — уксусную кислоту; C3 — пропионовую кислоту; iC4 — изомаляновую кислоту; C4 — масляную кислоту; iC5 — изовалериановую кислоту; C5 — валериановую кислоту; iC6 — изокапроновую кислоту; C6 — капроновую кислоту. Рассчитывали сумму кислот, сумму изокилот (EiCn) и анаэробный индекс (АИ). Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета статистических программ Statistica, версия 10.0 (StatSoft Inc, США).

**Результаты.** Исследование метаболической активности кишечной микробиоты установило отсутствие существенных различий между группами наблюдения. У детей с атопическим дерматитом отмечалась тенденция к более низкому содержанию C3 в кале в сравнении со здоровыми детьми ( $Me\ 0,179$  и  $0,192$ ,  $p \leq 0,086$  соответственно). Известно, что пропионовая кислота (C3) является маркером анаэробной флоры, влияет на микроциркуляцию слизистой оболочки кишечника, поддерживает в ней метаболические процессы, блокирует прикрепление к колоноцитам условно-патогенной флоры (УПФ). Был проведен анализ количественных значений КЖК в зависимости от их принадлежности к перцентильному ряду. Установлено количество пациентов с нормальными и маргинальными уровнями КЖК в кале. В группе атопического дерматита выявлены преобладание детей с нормальным содержанием C2 —  $0,643 [0,549-0,711]$  мг/г (77,8 и 48%,  $p \leq 0,049$ ), тенденция к большему количеству детей с нормальным содержанием АИ —  $0,575 [0,406-0,819]$  (77,7 и 52%,  $p \leq 0,085$ ), значимое снижение числа детей с высокими значениями АИ (более 75%) (24 и 0%,  $p \leq 0,026$ ), тенденция к преобладанию детей с повышенным (выше 75%) содержанием C4 —  $0,148 [0,111-0,182]$  мг/г (50 и 24%,  $p \leq 0,078$ ) в сравнении со здоровыми детьми. Бутират (C4) обладает противовоспалительным действием, стимулирует обновление клеток слизистой оболочки кишечника, рост и пролиферацию энтероцитов, снабжает колоноциты энергией. В отношении детей с аллергодерматозами выявленную тенденцию к повышению количества детей с высокими значениями C4 (выше 75%) можно расценить как активацию анаэробной флоры и наличие воспаления, возможно, имеющего связь с обострением кожного процесса.

**Заключение.** Метаболическая активность микробиоты кишечника не имела существенных различий между группами здоровых детей и детей с атопическим дерматитом. В данном исследовании отмечена тенденция к более низким значениям уровня C3 у детей с аллергодерматозами в сравнении со здоровыми детьми, что может свидетельствовать об активации УПФ и возможной связи этого с проявлениями атопии. Спектр КЖК в кале у детей с аллергией характеризовался высокими значениями бутирата, что свидетельствовало о возможной активации анаэробной флоры и воспалительном процессе в кишечнике.



## ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Федотова М.М., Киселева А.Л., Каменщикова А.М., Елисеев В. Ю., Костяева М.Я., Олениус Д.Д., Акперов Э.Г., Федорова О.С.

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

**Актуальность.** Развитие антибиотикорезистентности представляет собой актуальную мировую проблему, одной из основных причин которой является нерациональное использование антибиотиков, наиболее часто связанное с лечением острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ).

**Цель исследования.** Исследовать осведомленность об этиологии сезонных респираторных инфекций, а также изучить практики использования антибиотиков для лечения ОРВИ у родителей детей дошкольного возраста г. Томска.

**Пациенты и методы.** Для проведения исследования была разработана анкета с помощью онлайн-сервиса Google Forms. Для участия рандомизированным образом было выбрано 39 детских дошкольных учреждений. Приглашения направлялись родителям детей 3–7 лет при участии родительских комитетов через социальные мессенджеры. Заполнению анкеты предшествовало ознакомление с формой информированного согласия; участие было анонимным, добровольным. Статистическая обработка данных выполнена с использованием программы STATISTICA 10.0.

**Результаты.** В анкетировании приняли участие 513 человек, преимущественно женщины, средний возраст —  $34,5 \pm 5,5$  года. Проведенное исследование позволило выявить низкую осведомленность родителей дошкольников об этиологии сезонных респираторных инфекций: вирусную природу так называемых «простудных» заболеваний указали только 56,3% респондентов. Тем не менее, 80,9% родителей правильно ответили, что грипп относится к вирусным заболеваниям. Ежегодную вакцинацию от гриппа проводят своим детям только 25,5% родителей, 15,6% респондентов указали, что вакцинируют детей не каждый год. Более половины родителей (61,6%) отметили, что их дети принимали антибиотики при симптомах «простуды»/ОРВИ/гриппа. Наиболее часто использовали амоксициллин (62,3%), азитромицин (19,7%), амоксициллин с клавулановой кислотой (11,1%). Большинство отметили, что использовали антибиотики для лечения своих детей по назначению врача (80,4%), соблюдая режим приема препарата (79,7%). Большая часть респондентов (65,8%), чьи дети получали антибиотикотерапию при ОРВИ, указали, что врачи объясняют необходимость такого лечения. Также 62,4% респондентов считают, что антибиотики оказывают негативное воздействие на организм. Об антибиотикорезистентности осведомлены 56,1% всех опрошенных.

**Заключение.** Проведенное исследование показало недостаточную осведомленность родителей об этиологии, подходах к лечению и профилактике ОРВИ. Большинство опрошенных используют антибиотики при лечении ОРВИ у своих детей по рекомендации врача. Однако отмечается низкая осведомленность об антибиотиках, кроме того, более половины респондентов считают эту группу препаратов «вредными» для организма, что может приводить к низкой комплаентности. Необходима разработка информационно-образовательных программ для населения о рациональном лечении ОРВИ и применении антибиотиков.

## ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Федько Н.А., Воронкина Е.Н., Рубачева О.Е., Джанибекова А.С.

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

**Актуальность.** Антимикробная терапия — это лечение вызванных микроорганизмами инфекционных заболеваний препаратами, избирательно действующими на эти возбудители. Нерациональное применение, а порой злоупотребление данной терапией на сегодняшний день приводит к негативным последствиям.

**Цель исследования.** Основной целью данного исследования явилось определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и выявление устойчивости (резистентности) к некоторым из них.

**Пациенты и методы.** Было проведено бактериологическое исследование с 2018 по 2020 г. у 150 детей (слизистые оболочки носа, зева, мокрота, моча). В структуре выделенных культур ведущее место занимает *Staphylococcus aureus* — 23%. Ретроспективный анализ данных уровней чувствительности к антибиотикам выделенного золотистого стафилококка указывает, что на протяжении вышеозначенного периода в Ставропольской краевой детской клинической больнице 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 к гентамицину отмечалась в 69, 56, 51% случаев, к ципрофлоксацину — в 85, 54, 55% соответственно. Селекции и распространению в госпитальных условиях резистентности *Staphylococcus aureus* способствует необоснованное использование цефалоспоринов 3-го поколения, которое приводит к беспрепятственному размножению данного микроорганизма в условиях устранения конкурентной микробиоты.

**Заключение.** В целях предупреждения формирования антибиотикорезистентности возбудителей необходимо исключение бесконтрольного применения антибиотиков; антибиотикорезистентность может быть использована как маркер в процессе инфекционного контроля; необходима постоянная замена используемых антибактериальных препаратов.

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

Федько Н.А., Галимова О.И., Рубачева О.Е., Воронкина Е.Н.

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

**Актуальность.** На фоне пандемии COVID-19 стали появляться сообщения о заболеваниях, соответствующих критериям болезни Kawasaki (БК), сопровождавшихся развитием выраженного гипервоспалительного ответа, синдрома токсического шока у ранее здоровых детей. В публикациях на сегодняшний день встречаются различные термины, в том числе «педиатрический мультисистемный воспалительный синдром» (PMIS).

**Цель исследования.** Изучение особенностей клинического течения PMIS, его манифестации, диагностических критериев и терапевтического алгоритма.

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

**Результаты.** Дети с PMIS поступали в тяжелом состоянии в остром периоде (3 детей госпитализированы в ОРИТ) с респираторными (в том числе декомпенсированный острый стенозирующий ларинготрахеобронхит), желудочно-кишечными, абдоминальными, менингеальными симптомами, развитием сердечно-сосудистых поражений, слизисто-кожным синдромом, клиническими и биохимическими признаками миокардита, интерстициального нефрита, системного васкулита. У всех детей отмечалось наличие полисерозитов с выпотом в брюшную, плевральную, кардиальную полости, с выраженным нарастанием в динамике. Эктазия коронарных артерий наблюдалась у 2 пациентов. 1 пациент, помимо назначения стандартной терапии, включающей иммуноглобулин для внутривенного введения (ИГВВ), 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, вовлекающим более 2 систем (сердечно-сосудистую, мочевыводящую, дыхательную, кровеносную, пищеварительную, нервную, кожу), генерализованной микроангиопатией в виде деструктивно-продуктивного вирусного васкулита и гиперкоагуляционного синдрома, гемофагоцитозом.

## АРТЕРИАЛЬНАЯ ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПОДРОСТКОВ КАК МАРКЕР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

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

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

**Актуальность.** Артериальная жесткость является одним из главных предикторов сердечно-сосудистых нарушений. Ряд исследований показывают, что увеличение жесткости сосудов предшествует развитию артериальной гипертензии. Поэтому поиск доклинических признаков поражения сосудов является актуальным.

**Цель исследования.** Ранняя диагностика артериальной гипертензии на основе изучения параметров упругости сосудистой стенки.

**Пациенты и методы.** Методом случайной выборки обследовано 197 школьников в возрасте 14–18 лет, обучающихся в г. Ставрополе. Выполнялся сбор клинико-anamnestических данных. Сердечно-сосудистая деятельность исследовалась с помощью диагностического комплекса VP-Lab в рамках программного обеспечения Vasotens Office. Кроме параметров АД плечевой артерии анализировались показатели центрального аортального давления.

**Результаты.** С помощью диагностического комплекса VP-Lab (ООО «Петр Телегин») исследовались такие параметры сосудистой жесткости, как САД аортальное, ДАД аортальное, пульсовое АД аортальное, среднее АД аортальное, индекс аугментации в аорте, амплификация пульсового давления.

Сопоставление показателей периферического и центрального артериального давления позволило выявить нормотонию у 167 (84,7%) подростков, системную АГ — у 7 (3,6%), скрытую АГ — у 15 (7,6%) и ложную АГ — у 8 (4,1%).

В группах с повышенным артериальным давлением (системная и ложная гипертензия) выявлено достоверно более высокое значение пульсового аортального давления ( $p \leq 0,05$ ) по сравнению с подростками с нормотонией и подростками из группы скрытой АГ.

**Заключение.** Результаты исследования показали, что у подростков со сниженной упругостью в 2 раза чаще встречается скрытая АГ по сравнению с ложной и системной АГ. Выявлена ассоциированность скрытой формы АГ с высокими значениями маркеров ригидности стенки аорты. Целесообразно более широкое внедрение неинвазивных методов оценки сосудистой ригидности в работу педиатров для включения детей в группу диспансерного наблюдения по риску развития артериальной гипертензии.

## РАССТРОЙСТВО АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС) У ДЕТЕЙ

Федько Н.А., Рубачева О.Е., Воронкина Е.Н., Лагодина Н.А.

СтГМУ, Ставрополь, Российская Федерация

**Актуальность.** За последние 10 лет отмечается 10-кратное увеличение детей с РАС. Аутизм сегодня является проблемой мирового масштаба, болезнью XXI века, определяет высокий уровень детской инвалидности, значительную экономическую нагрузку на государство и социально-психологическую — на семью.

**Цель исследования.** Изучить и проанализировать частоту и сроки выявляемости РАС в г. Ставрополе и Ставропольском крае (СК) для привлечения внимания специалистов с целью раннего выявления детского аутизма и своевременной коррекции данного заболевания.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось на базе Краевого психологического центра г. Ставрополя и психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) в составе заведующей консультацией, психолога, дефектолога, логопеда и социального педагога. Материалом послужила первичная медицинская документация (статистические карты и протоколы психологического обследования, разработанные на базе ПМПК). Проанализировано 398 карт детей с РАС в возрасте 1–18 лет за период 2018–2020 гг., проживающих в г. Ставрополе и отдельных районах СК.

**Результаты.** Абсолютное число детей в 2018 г. составляло 130 человек, в 2019 г. — 202, а к 2020 г. — 398 детей. Наименьшие показатели отмечались в Грачевском и Апанасенковском районах, наибольшие — в г. Ставрополе. На момент исследования в краевом центре проживали 159 детей с аутизмом, в Буденновском, Ипатовском, Апанасенковском и Грачевском районах — 96, 72, 39 и 32 пациента соответственно. 84,5% родителей обращались к психиатру по рекомендации неврологов, 13,3% направлены из ДООУ и лишь 2,2% случаев — самообращения.

71,1% пациентов с РАС воспитывались в полных семьях, более половины (54,1%) — это первые дети в семье.

65,2% пациентов вообще не посещали ДООУ. 88,3% школьников обучались в специализированных коррекционных школах. Лишь 11,8% детей получали инклюзивное образование.

У 1/3 детей РАС впервые выявлено в возрасте 3–6 лет, у 1/5 — в 1–3 года. Все дети с аутизмом, выявленные на этапе среднего профессионального образования, либо проживали в отдаленных районах СК, либо воспитывались в социально неблагополучных семьях.

Пациенты наиболее обеспечены такими специалистами, как дефектолог, логопед и психолог, составляющими около 40%. Социальные педагоги составляют 29,4%, на 1/6 дети охвачены наблюдением тьюторов. К 2020 г. количество указанных специалистов увеличилось в 2,1–3,5 раза.

**Заключение.** В краевом центре установлено двукратное увеличение детей с РАС в 2020 г. по сравнению с 2018 г., зафиксированы поздние сроки доказательного установления диагноза и низкий процент самообращаемости к специалистам (2,2%), что объясняется низкой информированностью населения о проблеме аутизма, нежеланием видеть проблему у своего ребенка, отсутствием осознания родителями ее масштабов. Низкий уровень социальной адаптации связан с отсутствием в городе и крае специализированных групп в ДДУ и классов в общеобразовательных школах.



## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ТРОМБОЗОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Филиппова О.А., Вахлова И.В., Кузнецов Н.Н.

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

**Актуальность.** В последнее пятилетие отмечается рост венозных и артериальных тромбозов у новорожденных детей. Однако многоцентровых исследований в изучении неонатальных тромбозов не проводилась. Не разработан единый протокол по диагностике, лечению и профилактике тромбозов у новорожденных, что требует дальнейшего изучения предикторов развития артериальных и венозных тромбозов у детей.

**Цель исследования.** Провести анализ генетических и приобретенных факторов риска развития артериальных и венозных тромбозов у новорожденных детей.

**Пациенты и методы.** Исследование было проведено у 103 новорожденных детей от 0 до 28 дней жизни. Из них доношенных детей было 89,3% ( $n = 92$ ). В процессе наблюдения дети были разделены на две группы. Первую группу (I) составили новорожденные, перенесшие артериальные и венозные тромбозы в первые 28 дней жизни, в количестве 46 человек; из них 35 человек (76%) были доношенными, 11 человек — недоношенными (24%). Вторую группу (II) составили здоровые новорожденные дети в количестве 57 человек

**Результаты.** Анализ ante- и перинатального анамнеза всех обследуемых детей ( $n = 103$ ) выявил тенденцию к более высокой частоте рождения детей с тромбозами от первой беременности (соответственно 23,9 и 10,5%,  $p \leq 0,069$ ). При анализе антенатального периода в I группе выявлена достоверно более высокая частота нарушения маточно-плацентарного кровотока при беременности, чем во II группе (соответственно 39 и 18%,  $p \leq 0,014$ ). Средняя оценка по шкале APGAR у детей I группы на 1-й и 5-й мин была достоверно ниже по сравнению со II группой (соответственно  $p \leq 0,01$  и  $p \leq 0,007$ ). Молекулярно-генетическое исследование полиморфизмов генов включало исследование плазменного, тромбоцитарного и фибринолитического звеньев гемостаза. В I группе отмечена более высокая частота тромбогенных вариантов гена фибриногена FGB — 455G/A, гена активатора плазминогена PAI-1 4G/4G и гена интегрин альфа-2 ITGA2 807T/T. Напротив, во II группе обнаружена более высокая частота вариантов гена FGB — 455G/G и гена PAI-1 — 5G/5G. Различий между группами в частоте генотипов генов других коагуляционных факторов — F2, F5, F7 и F13 — не обнаружено.

**Заключение.** На основании проведенного анализа генетических и приобретенных факторов риска артериальных и венозных тромбозов у новорожденных детей можно заключить, что предикторами их развития являются нарушения маточно-плацентарного кровотока у беременных женщин, гестационный возраст (33–36 нед), гипоксия на 1-й и 5-й мин после рождения. Генетическим фактором развития артериальных и венозных тромбозов в период новорожденности являются варианты гена фибриногена FGB — 455G>A (%AR = 57), гена ингибитора активатора плазминогена PAI-1 — 6754G>4G (%AR = 58) и гена интегрин альфа-2 ITGA2 807T/T (%AR = 57).





## ИНФОРМАЦИОННАЯ И МОТИВАЦИОННАЯ ГОТОВНОСТЬ К СОБЛЮДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ 15–17 ЛЕТ

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*

**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.** Выявить информационную и мотивационную готовность к соблюдению здорового образа жизни (ЗОЖ) подростков 15–17 лет.

**Пациенты и методы.** По разработанной анкете проведено изучение информированности о ЗОЖ 366 подростков 15–17 лет, обучающихся в образовательных организациях г. Иванова. Провели экспертную оценку правильности ответов, самооценку знаний и анкетирование по стандартной анкете, разработанной международной научно-исследовательской сетью HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children). Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью программ MS Excel и Statistica 10.0.

**Результаты.** По экспертной оценке и самооценке у подростков выявлены хорошие знания правил здорового питания, личной гигиены, личной безопасности и профилактики травматизма, о режиме дня. Однако половина подростков утром не завтракают, не ежедневно употребляют фрукты и овощи, часто едят конфеты и пьют газированные сладкие напитки, чистят зубы реже 2 раз в день, часто (21,9%) считают допустимым переходить дорогу в любом месте, не пристегивать ремни безопасности во время езды в автомобиле, купаться не только в разрешенных местах (10,3%), 42,9% подростков спят менее 8 ч, 30% ежедневно более 5 ч используют компьютер. Это свидетельствует о низкой мотивации соблюдения принципов ЗОЖ.

Низкие знания об оптимальной двигательной активности сочетаются с гиподинамией у большинства подростков (78,3% занимаются физкультурой нерегулярно, 30% не гуляют). Менее всего подростки знают неблагоприятные школьные факторы, влияющие на здоровье, технологии профилактики и оздоровления, вопросы профилактики нежелательной беременности и инфекций, передающихся половым путем.

**Заключение.** Высокая самооценка информированности подростков по вопросам ЗОЖ не сопровождается реальным выполнением его принципов. Мотивационная готовность не имеет прямой зависимости с информационной. Поэтому важно повышать мотивационную готовность, в том числе и у подростков с высокой информационной готовностью. Необходимо повышать информированность по вопросам школьнообусловленных заболеваний, технологиям профилактики и оздоровления, соблюдения режима дня, двигательной активности, профилактики нежелательной беременности и инфекций, передающихся половым путем.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Фисюн И.В.<sup>1</sup>, Кузнецова Т.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ФГБУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева»,  
Орел, Российская Федерация

<sup>2</sup> Медицинский институт, Орел, Российская Федерация

**Актуальность.** Железодефицитная анемия (ЖДА) у детей является наиболее частым заболеванием крови, однако в связи с отсутствием универсальной системы учета сведения о значении показателей заболеваемости и распространенности ЖДА в Российской Федерации противоречивы.

**Цель исследования.** Расчет показателей ежегодной заболеваемости и распространенности ЖДА среди детей Орловской области на основании проспективного когортного исследования.

**Пациенты и методы.** В течение 2 лет (2019–2020 гг.) на 4 участках детской поликлиники г. Орла сплошным проспективным методом регистрировались и в дальнейшем наблюдались дети (1 мес – 18 лет) с ЖДА. Диагностика осуществлялась на основании федеральных клинических рекомендаций (2014). Для расчета целевых показателей взяты верифицированные случаи. Катамнез составил 1 год.

**Результаты.** За период исследования выявлено 110 случаев анемии у детей в возрасте от 1 мес до 17 лет 11 мес; случаи ЖДА подтверждены у 98 (89,1%). У 12 детей (10,9%), имевших острые воспалительные проявления, в течение 2 нед произошло восстановление уровня гемоглобина без лечения. Случаи ЖДА легкой степени составили 89,8% (n = 88), средней степени тяжести — 10,2% (n = 10). Тяжелой ЖДА не встретилось. Средний показатель ежегодной заболеваемости ЖДА совпал с показателем распространенности и для всех случаев составил 1367,4 (SD = 84,9), в том числе для ЖДА средней тяжести — 139,6 (SD = 40,1), легкой — 1227,8 (SD = 44,8) на 100 000 детского населения соответственно. Распространенность ЖДА среди детей 1–3 лет оказалась максимальной, а среди детей старшего школьного возраста — минимальной, составив соответственно 7680,6 (SD = 536,1) и 253,4 (SD = 358,3) на 100 000 детского населения. В раннем возрасте половых различий распространенности не выявлено; в пубертате ЖДА встретилась только у девочек.

**Заключение.** Полученные нами данные о распространенности ЖДА легкой и средней степени тяжести соответствуют общемировой статистике. Однако сведения о первичной заболеваемости ЖДА в отечественной и зарубежной литературе отсутствуют. Расчет показателей первичной заболеваемости и распространенности способствует рациональному планированию объема медицинской помощи пациентам с данной патологией.

## ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ СРЕДИ ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

**Хабаева А.В., Васильева Е.И., Омолоева Т.С., Архипова С.В.**

*ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,  
Иркутск, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова»,  
Улан-Удэ, Республика Бурятия*

**Актуальность.** Несчастные случаи могут быть причиной развития тяжелых осложнений, приводящих к инвалидизации или летальному исходу. Поэтому выявление частоты несчастных случаев может предостеречь родителей и врачей от нежелательных происшествий.

**Цель исследования.** Изучить частоту, структуру, возрастно-половой состав пациентов, обратившихся в кабинет неотложной помощи городской детской поликлиники № 6 г. Иркутска за 5 лет (2016–2021) по поводу несчастных случаев.

**Пациенты и методы.** Изучены все случаи обращения родителей / законных представителей детей по поводу несчастных случаев за 5 лет.

**Результаты.** Выявлено 30 случаев с диагнозом «инородное тело различной локализации», и случай воздействия электрическим током. Частота несчастных случаев в возрастных группах от 0–1 года — 3%, 1–3 лет — 45%, 4–6 лет — 35%, 7–11 лет — 10%, 12–17 лет — 6%. Таким образом, максимальная частота выявления несчастных случаев приходится на возраст от 1 до 3 лет, что составляет 45% от всех выявленных несчастных случаев, минимальная частота — на возраст до 1 года (3%). Мальчики составляли 64%, девочки — 36%. Тенденция, вероятно, связана с любознательностью, непоседливостью мальчиков и с недосмотром родителей. Максимум выявления несчастных случаев приходится на 2018 и 2019 гг. (32%). Соотношение организованных — 27 (67%) и неорганизованных детей — 4 (13%), причем организованные — чаще дети из детских садов. 23% детей — пациенты одного участка. Наиболее встречаемый диагноз — «инородное тело в носовом ходе» — 32%, «инородное тело в наружном слуховом проходе» — 29,5%; «инородное тело в носовом синусе, тонком кишечнике, желудке» — по 6,2% каждый.

**Заключение.** Необходимо проводить разъяснительную работу (лекции, беседы, выступления в СМИ) с населением по вопросам клинической симптоматики, диагностики и техники оказания первой помощи при возникновении несчастного случая.



## ОТСРОЧЕННОЕ РАЗВИТИЕ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ У ПОДРОСТКА ПОСЛЕ НИЗКОВОЛЬТНОЙ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ

Халидуллина О.Ю.<sup>1</sup>, Ушакова С.А.<sup>1</sup>, Андреев П.В.<sup>2</sup>, Егорова Л.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ», Тюмень, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** Основным риском электротравмы (ЭТ) у внешне здорового пациента является внезапная смерть из-за сердечных аритмий. Врачи-педиатры испытывают затруднения в кардиологической оценке, сталкиваясь с пациентом после ЭТ в приемном отделении стационара, из-за отсутствия четких рекомендаций по этой теме.

**Цель исследования.** На примере клинического наблюдения показать отсроченное развитие и динамику сердечной аритмии по типу желудочковой экстрасистолии (ЖЭС) после бытовой низковольтной ЭТ у подростка 13 лет.

**Пациенты и методы.** Выполнен ретроспективный анализ медицинской карты стационарного педиатрического пациента.

**Результаты.** Мальчик К., 13 лет, получил в быту низковольтную ЭТ. Точка контакта — правая рука с незначительным ожогом в месте входа тока. Жизнеугрожающих симптомов не отмечалось, ощущал онемение в руке 3–5 мин, головокружение и тошноту. Через 3 ч жалобы на учащенное сердцебиение и «перебой в работе сердца». Самостоятельно измеренное артериальное давление (АД) 130/75 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) 130/мин, через 15 мин АД 95/60 мм рт. ст., ЧСС 48/мин. Бригадой скорой медицинской помощи на ЭКГ зафиксирована частая ЖЭС по типу бигеминии. Во время госпитализации в течение 2 сут при кардиомониторинге частая мономорфная ЖЭС > 15/мин без нарушений гемодинамики. Данные клинического и биохимического анализов крови, в том числе уровень креатинфосфокиназы, в пределах референса. Эхокардиография без нарушений сократимости миокарда. Аритмия купировалась к 3-м сут на фоне симптоматической терапии, двигательного покоя. Суточный монитор ЭКГ на 4-е сут от ЭТ: 12 одиноких ЖЭС, средний интервал QTc за сутки — 412 мс. В динамике аускультативно и по ЭКГ аритмия не зафиксирована, что позволило сделать вывод о связи ЖЭС с полученной ЭТ.

**Заключение.** Приведенное наблюдение демонстрирует реализацию риска отсроченной нефатальной аритмии после получения низковольтной ЭТ. Последнее подчеркивает важность обращения за медицинской помощью в каждом случае ЭТ с первичной кардиологической оценкой пациента и записью ЭКГ. Пациентам с впервые выявленными аритмиями рекомендуется кардиомониторинг в отделении интенсивной терапии в течение не менее 24 ч.



## ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦНС

Хан М.А.<sup>1, 2</sup>, Дегтярева М.Г.<sup>3</sup>, Микитченко Н.А.<sup>1</sup>, Смотрина О.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ДГКБ им Н.Ф. Филатова ДЗМ, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Перинатальные поражения центральной нервной системы (ПП ЦНС) занимают ведущее место в структуре заболеваний перинатального периода. Наиболее тяжелым исходом ПП ЦНС является формирование стойкого неврологического дефицита и инвалидизирующих заболеваний.

**Цель исследования.** Изучить результаты исследований, посвященных вопросам физической реабилитации детей с перинатальным поражением центральной нервной системы и провести анализ эффективности предложенных технологий.

**Пациенты и методы.** Обзор литературы проводился по базам данных elibrary, PubMed, Cochrane Library с глубиной поиска 10 лет. Подбор публикаций выполнялся с использованием ключевых слов: немедикаментозные технологии, перинатальное поражение ЦНС; перинатальная гипоксически-ишемическая энцефалопатия, кинезотерапия, нейроразвивающая терапия, массаж, метод тонкого пальцевого тренинга, сухая иммерсия, фитбол-гимнастика, терапия по методу В. Войта; Бобат-терапия.

**Результаты.** В медицинской реабилитации детей с ПП ЦНС ведущее место отводится технологиям физической реабилитации. Проведенными исследованиями показана эффективность применения массажа, тонкого пальцевого тренинга, фитбол-гимнастики, гидрокинезотерапии, сухой иммерсии у детей с ПП ЦНС. Одним из основных преимуществ методов кинезотерапии является возможность их раннего включения в реабилитационную программу новорожденных с ПП ЦНС.

Особое внимание привлечено к нейроразвивающей терапии Бобат. Принцип метода заключается в сенсорной стимуляции проприорецепторов, что изменяет ощущения, возникающие при движениях и статическом удержании позы, и создает возможность их коррекции.

В настоящее время широкое распространение получил метод Войта-терапии, принцип которой основан на рефлекторной локомоции и активации комплексов поворота и ползания. Функционально заблокированные нервные связи между головным и спинным мозгом у ребенка с ПП ЦНС восстанавливаются вследствие многочисленных повторов таких движений. Импульсы, идущие в кору головного мозга от периферических отделов нервной системы, способствуют созреванию ЦНС.

**Заключение.** Актуальным вопросом остается необходимость обоснования возможности применения современных технологий физической реабилитации детей с перинатальным поражением ЦНС с позиций доказательной медицины, в основе которой лежит принцип использования только методов, эффективность и безопасность которых доказана в ходе проведения клинических исследований. Перспективным направлением исследований является изучение эффективности комплексного применения технологий кинезотерапии у детей с ПП ЦНС.

## ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В МЛАДЕНЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

**Ходжамова Н.К.**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

**Актуальность.** Одной из наиболее актуальных проблем акушерства и неонатологии является невынашивание беременности и рождение детей с низкой массой тела (менее 2500 г) в результате преждевременных родов или задержки роста внутриутробного ребенка.

**Цель исследования.** Изучить особенности состояния здоровья маловесных детей с бактериальными инфекциями в младенческом периоде.

**Пациенты и методы.** Всего были обследованы 65 новорожденных детей в семейной поликлинике № 7 г. Чирчика Ташкентской области. Все дети были разделены на группы: 1) основная группа — 65 маловесных детей с бактериальной инфекцией; 2) контрольная группа — 20 практически здоровых детей. Проведено катamnестическое наблюдение за новорожденными детьми исследуемых групп на первом году жизни.

**Результаты.** Наши исследования показали, что наибольший удельный вес патологии маловесных детей с бактериальной инфекцией на первом году жизни представлен заболеваниями нервной системы. Частота встречаемости болезней нервной системы в виде двигательных, вегето-висцеральных и психомоторных нарушений у детей основной группы на первом году жизни в 1,5 раза превосходит этот показатель у детей контрольной группы ( $60,6 \pm 2,8\%$  и  $40,3 \pm 4,5\%$ ;  $p < 0,001$ ).

Заболевания органов дыхания (пневмония, бронхит, фарингит, назофарингит, синусит, ринит и др.) в структуре заболеваемости занимают второе место, почти в 2 раза превосходя распространенность этих болезней среди здоровых детей ( $54,9 \pm 2,8\%$  против  $24,3 \pm 3,2\%$ ;  $p < 0,001$ ). Среднее количество случаев зарегистрированных ОРЗ на первом году жизни достоверно выше в основной группе, чем в контрольной группе. Расстройства питания встречались у маловесных детей с бактериальной инфекцией на первом году жизни в  $53,0 \pm 2,8\%$  случаев, в контрольной группе — в  $22,6 \pm 3,0\%$  случаев ( $p < 0,05$ ).

Инфекционные заболевания (острые инфекции верхних дыхательных путей, грипп, кандидоз и др.) в ряду распространенности также имели высокую частоту —  $37,1 \pm 2,7\%$  против  $16,0 \pm 3,4\%$  ( $p < 0,001$ ).

Частота болезней крови и кроветворных органов (анемии различной этиологии и др.) среди детей основной группы составила  $27,0 \pm 2,5\%$ , в контрольной группе —  $4,2 \pm 1,8\%$  ( $p < 0,001$ ). Данная патология чаще всего связана с недостаточным поступлением в организм маловесного ребенка необходимых веществ при искусственном вскармливании.

Заболевания органов пищеварения (рвота, срыгивания, запоры и др.) в структуре заболеваемости детей первого года жизни также занимают немаловажное место и наблюдается больше у детей основной группы, чем контрольной группы — соответственно  $12,4 \pm 1,9\%$  и  $9,8 \pm 2,5\%$ .

Заболевания кожи и подкожной клетчатки (дерматиты, эритема, ожоги, экзема и др.) у детей основной группы заняли последнюю позицию —  $9,5 \pm 1,7\%$ , что почти в 4 раза больше, чем в контрольной группе —  $2,5 \pm 1,4\%$  ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** В структуре заболеваемости маловесных детей с бактериальной инфекцией в возрасте до одного года наиболее частыми оказались болезни нервной системы и органов дыхания. По всем нозологическим группам заболеваний у детей основной группы отмечалось достоверное различие с контрольной группой.



## ЧАСТОТА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Ходжиметова Ш.Х.<sup>1</sup>, Камалов З.С.<sup>2</sup>, Рахманкулова З.Ж.<sup>1</sup>, Рузибакиева М.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан

<sup>2</sup> Институт иммунологии и геномики человека АН РУЗ, Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Имеющиеся на сегодняшний день данные позволяют говорить о тесной ассоциации полиморфизмов генов с разнообразной патологией, что может быть использовано в качестве маркеров в диагностике различных заболеваний, в том числе и при поражении ЦНС у новорожденных.

**Цель исследования.** Изучить полиморфизмы генов IL1 rs16944, IL10 G-1082A (rs1800896), TNF $\alpha$  -308G/A у новорожденных детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией при средней степени тяжести.

**Пациенты и методы.** Обследовано 37 новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией средней тяжести и 95 практически здоровых доношенных детей. Генотипирование полиморфных участков генов иммунного ответа проведено методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

**Результаты.** При изучении распределения аллелей и генотипов IL1 rs16944 было установлено, что значимых различий в распределении аллелей и генотипов не выявлено, также не было и тенденции к значимости. При исследовании распределения аллелей и генотипов IL10 G-1082A (rs1800896) у 37 новорожденных с церебральной ишемией средней тяжести и в контроле были выявлены достоверно значимые различия в частоте встречаемости аллеля G, который встречался в 83,78% в группе больных и в 66,67% в популяционном контроле, с показателями OR (95% CI): 1,262 > 2,583 > 5,288 и  $\chi^2 \geq 7,019$  ( $p = 0,008066$ ).

В свою очередь, аллель A имел протективное значение с показателями OR (95% CI): 0,189 > 0,387 > 0,792. Генотип GA IL10 G-1082A (rs1800896) имел показатель OR = 0,274, достигал истинной значимости с показателями OR (95% CI): 0,117 > 0,274 > 0,643 и  $\chi^2 \geq 9,256$  ( $p = 0,002348$ ).

При сравнительном изучении распределения частот аллелей и генотипов полиморфных маркеров гена TNF $\alpha$  -308G/A в группе у 37 новорожденных с церебральной ишемией средней тяжести и в контроле также не установлено статистически значимого увеличения частоты встречаемости, по сравнению с контрольной группой.

**Заключение.** Таким образом, полученные данные свидетельствуют в пользу того, что аллельные варианты и генотипы полиморфизмов IL1 rs16944, -308(G/A), TNF rs1800629 не вносят вклад в предрасположенность к развитию патологии в группе у новорожденных с церебральной ишемией средней тяжести, тогда как полиморфизм гена IL10 G-1082A rs1800896 вносит как протективный, так и предрасполагающий вклад в развитие данной патологии.

## **IGE-СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К МОЛЕКУЛЯРНЫМ КОМПОНЕНТАМ АЛЛЕРГЕНА КЛЕЩА ДОМАШНЕЙ ПЫЛИ DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS (DER P1 И DER P2) У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С КОМОРБИДНЫМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Хоха Р.Н., Заводник Л.Б., Полубинская С.Е.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь  
Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, Гродно, Беларусь*

**Актуальность.** Клещи домашней пыли (КДП) являются важным источником аллергенов. Частота сенсибилизации к клещу *Dermatophagoides pteronyssinus* (*D. pteronyssinus*) детей с аллергическими заболеваниями (АЗ) достигает 78,8%. 86,0% пациентов с атопическим дерматитом (АтД) сенсибилизированы к мажорным аллергенам клеща *D. pteronyssinus* Der p1, Der p2 и Der p23.

**Цель исследования.** Установить частоту сенсибилизации к компонентам аллергена КДП *D. pteronyssinus* Der p1 и Der p2 у детей с АтД в сочетании с коморбидными аллергическими заболеваниями.

**Пациенты и методы.** Обследовано 13 детей с АтД. Исследование sIgE к rDer p1 и rDer p2 (анализатор PHADIA 250, технология Immuno CAP, диапазон измерения sIgE к молекулярным компонентам *D. pteronyssinus* составляет от 0,10 до 100 kUA/l) проведено в период с сентября 2020 по июль 2021 г. Статистическая обработка полученных данных выполнена с использованием пакета программ Statistica for Windows v. 7.0 (Stat Soft Inc., США). Результаты считались значимыми при уровне  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Средний возраст обследуемых детей составил 9,5 [9,0–14,0]; 10 (76,9%) мальчиков, 3 (23,1%) девочки ( $\chi^2 = 5,54$ ,  $p = 0,0186$ ). У 46,2% (6/13) детей АтД сочетался с аллергическим ринитом и у 53,8% (7/13) детей сочетался с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом.

Клиническая характеристика пациентов с АтД представлена следующим образом. А. Возрастная стадия: младенческая — 0%, детская — 69,2% (9/13), подростковая — 30,8% (4/13). Б. Степень тяжести: легкий — 69,2% (9/13), среднетяжелый — 30,8% (4/13), тяжелый — 0%; распространенность: ограниченный — 84,6% (11/13), распространенный — 15,4% (2/13), диффузный — 0%. В. Период: обострение — 0%, неполная ремиссия — 38,5% (5/13), ремиссия — 61,5% (8/13).

Частота сенсибилизации к rDer p1 составила 76,9% (64,37–89,43), к rDer p2 69,2% (52,59–85,81). Частота сенсибилизации к rDer p1 в зависимости от клинического течения АтД была следующей: детская стадия — 77,8% (7/9), подростковая — 75% (3/4); легкий — 77,8% (7/9), среднетяжелый — 75% (3/4); ограниченный — 72,7% (8/11), диффузный — 100% (2/2). Частота сенсибилизации к rDer p2 в зависимости от клинического течения АтД была следующей: детская стадия — 71,4% (5/9), подростковая — 75% (3/4); легкий — 66,7% (6/9), среднетяжелый — 50% (2/4); ограниченный — 54,5% (6/11), диффузный — 100% (2/2).

**Заключение.** Установлена высокая частота сенсибилизации к мажорным аллергенам КДП *D. pteronyssinus* rDer p1 и rDer p2 у детей с АтД в сочетании с коморбидными респираторными аллергическими заболеваниями. Мероприятия по уменьшению воздействия аллергенов КДП *D. pteronyssinus*, а также мероприятия иммунотерапевтического воздействия, по всей вероятности, могут быть полезны таким пациентам.

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Хурастеева Е.Н.

*Самарский государственный медицинский университет,  
Самара, Российская Федерация*

**Актуальность.** Согласно статистике международного комитета по исследованию вспомогательных репродуктивных технологий (ICMART), количество детей, рожденных с помощью искусственного оплодотворения, в настоящее время превысило 10,5 млн. Это объясняет тот факт, что проблема бесплодия сохраняет свою актуальность и социальную значимость на сегодняшний день и не имеет тенденции к снижению. Несмотря на накопленный опыт и совершенствование технологий зачатия *in vitro*, психофизиологическое развитие и здоровье детей, рожденных после применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), вызывает дискуссии у специалистов смежных областей.

**Цель исследования.** Анализ частоты проведения реабилитационных мероприятий у детей первого года жизни, родившихся от ВРТ.

**Пациенты и методы.** Нами было проанализировано 40 историй болезни детей первого года жизни, прошедших лечение в отделении реабилитации СОДКБ им. Н.Н. Ивановой в 2019–2021 гг. Было выделено две группы: в основную вошли дети, родившиеся после ВРТ, контрольную составили дети, родившиеся от естественно наступившей беременности. Фактор бесплодия был сопоставим в обеих группах.

**Результаты.** В результате работы были выявлены следующие закономерности. В течение беременности, полученной в результате искусственного оплодотворения, в два раза чаще встречаются такие осложнения, как угроза прерывания и преэклампсия. Соотношение частоты многоплодной беременности основной и контрольной групп 4 : 1. Все исследуемые дети имели перинатальные последствия поражения центральной нервной системы (ППП ЦНС): синдром угнетения, синдром двигательных нарушений, гипертензионно-гидроцефальный синдром. Зрительные нарушения преобладают в основной группе: 90% против 15% контрольной группы. Следует отметить в структуре заболеваемости детей после ВРТ наличие врожденных пороков развития: головного мозга (5%); желудочно-кишечного тракта (5%); челюстно-лицевой области (5%). Пороки сердца встречались в 6 раз чаще в основной группе, нежели в контрольной. Общая заболеваемость детей после ВРТ бронхолегочной дисплазией — 30%; их потребность в оксигенотерапии в раннем неонатальном периоде значительно выше (45%), нежели в группе контроля (10%). Основная группа в структуре заболеваний имеет также нарушения развития мочеполовой системы — пиелэктазия встречается в 20% случаев (в группе контроля — 5%). Имеются данные, что гидронефроз, мегауретер и гипоспадия встретились у 5% исследуемых основной группы.

**Заключение.** Таким образом, мы можем сделать вывод, что дети, зачатые *in vitro*, в два раза чаще требуют высокотехнологичной перинатальной помощи, своевременных и комплексных реабилитационных мероприятий, повторных госпитализаций. Необходимы многолетнее междисциплинарное наблюдение, улучшение системы мониторинга беременности, наступившей вследствие искусственного оплодотворения.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ

Цека Ю.С., Чудакова Т.К., Железников П.А., Гамаюнова Ю.А.

*Саратовский государственный медицинский университет  
им. В.И. Разумовского, Саратов, Российская Федерация*

**Актуальность.** Инфекционный мононуклеоз (ИМ) является широко распространенным заболеванием у детей, и ежегодно отмечается увеличение количества больных ИМ.

**Цель исследования.** Определить этиологическую структуру и клинико-лабораторные особенности ИМ у детей.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 100 детей в возрасте от 6 мес до 17 лет, госпитализированных с диагнозом ИМ в ГУЗ ДИКБ № 5 г. Саратова в 2021 г. Диагноз ИМ был установлен методом ИФА крови при обнаружении антител (IgM/IgG) к вирусам Эпштейна – Барр (ВЭБ) и цитомегаловирусу (ЦМВ) и с помощью ПЦР с определением ДНК вирусов ВЭБ и ЦМВ в крови.

**Результаты.** В ГУЗ ДИКБ № 5 г. Саратова в 2021 г. отмечено увеличение в 2 раза количества больных ИМ по сравнению с 2020 г. У 63 (63%) пациентов ИМ был вызван ВЭБ, у 7 (7%) больных — ЦМВ, смешанная этиология ИМ (ВЭБ + ЦМВ) выявлена у 30 (30%) больных. Клинические проявления ИМ, характерные для лимфопролиферативного синдрома, у больных в возрасте до 3 лет (30 детей) были менее выраженными, чем у пациентов старше 4 лет. В группе больных в возрасте от 4 до 6 лет (42 пациента) и в группе больных старше 7 лет (28 детей) проявления лимфопролиферативного синдрома были значительно более выраженными, с признаками лакунарного тонзиллита и увеличением переднешейных, заднешейных лимфоузлов до 1,5–2 см в виде «пакетов». Гепатомегалия выявлена у 80 (80%) больных ИМ, спленомегалия — у 24 (24%). Гематологические изменения в виде умеренного лейкоцитоза, лимфоцитоза, моноцитоза с обнаружением атипичных мононуклеаров отмечены у всех больных. Результаты исследования биохимического анализа крови выявили гиперферментемию (увеличение показателей АЛТ, АСТ до 2–5 норм) у 80% больных и гипербилирубинемия — у 5% больных.

**Заключение.** Особенности клиники ИМ зависят от возраста пациентов: у детей раннего возраста проявления лимфопролиферативного синдрома менее выражены по сравнению с детьми старшего возраста. Поражение печени при ИМ у детей характеризуется умеренным повышением аминотрансфераз и гепатоспленомегалией.

## ВЛИЯНИЕ ОТКЛОНЕНИЙ ВИТАМИННО-ЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА И КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

Чернобровкина М.А., Сенькевич О.А., Ковальский Ю.Г.

*ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Хабаровск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Дефицит элементов и витамина D, адаптация к действию неблагоприятных климатогеографических условий приводит к формированию конституционально-морфологических отклонений у детей в виде задержки роста, недостаточной или избыточной массы тела.

**Цель исследования.** Оценить влияние отклонений витаминно-элементного статуса и климатогеографических условий на физическое развитие детей 7–8 лет, проживающих в Хабаровском крае.

**Пациенты и методы.** Проведено когортное исследование с анализом распространенности нарушений физического развития детей 7–8 лет, проживающих в центральной ( $n = 30$ ) и северной ( $n = 30$ ) частях Хабаровского края. Оценка физического развития проводилась путем расчета z-scores массы тела, роста, ИМТ. Количественный анализ элементного состава волос и уровня 25-гидроксивитамина D в сыворотке крови детей проводился методом ИСП-МС и иммуноферментного анализа соответственно.

**Результаты.** Распространенность ожирения и избыточной массы тела среди детей, проживающих на севере Хабаровского края, составляла 15,7 и 31,4% соответственно и была вдвое больше по сравнению с этим показателем у детей из центральной части ( $p < 0,05$ ). Низкорослость диагностировалась у детей северной части края в 8,6 раза чаще по сравнению с детьми центральной зоны (12,9 против 1,5%,  $p < 0,01$ ). При установлении взаимосвязи содержания Cu, Zn, Se и Ca, дефицит которых в организме детей-северян наблюдался в 80,0, 30,0, 100 и 76,7% случаев, и уровня физического развития в результате корреляционных отношений выявлены тенденции снижения показателей роста при уменьшении концентрации элементов ( $r = 0,30$ ,  $r = 0,35$ ,  $r = 0,40$ ,  $r = 0,45$  соответственно). Установлено, что избыточная масса тела и ожирение у всех детей края были обратно связаны с дефицитом витамина D ( $r = -0,38$ ,  $r = -0,37$  соответственно). Кроме дефицита нутриентов определено избыточное содержание Fe у 100% исследуемых. При оценке влияния перегрузки организма Fe отмечено снижение темпов роста при увеличении содержания элемента ( $r = -0,30$ ).

**Заключение.** Проведенное нами исследование подчеркивает важность влияния климатогеографических условий и витаминно-элементного статуса на формирование физической конституции ребенка. Полученные результаты корреляционного анализа показателей физического развития и обеспеченности элементами и витамином D демонстрируют существенную роль оптимального содержания нутриентов в развитии детского организма, отклонение которых повышает риск нарушения антропометрических параметров у детей.

## ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТНОГО ВИТАМИННО-ЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА НА КОГНИТИВНОЕ РАЗВИТИЕ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Чернобровкина М.А.<sup>1</sup>, Сенькевич О.А.<sup>1</sup>, Ковальский Ю.Г.<sup>1</sup>, Зуева Л.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Д»альневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, Хабаровск, Российская Федерация

<sup>2</sup> КГБУЗ «Детская городская клиническая больница» им. В.М. Истомина Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Российская Федерация

**Актуальность.** Дефицит элементов и витамина D может приводить к нарушению развития ЦНС посредством влияния на процессы синаптогенеза, миелинизации и пролиферации нейронов с последующим снижением когнитивных способностей и академической успеваемости в школе.

**Цель исследования.** Оценить влияние дефицита элементов и витамина D в организме младших школьников, проживающих в Хабаровском крае, на их когнитивное развитие.

**Пациенты и методы.** Методом случайной выборки отобраны условно здоровые дети 7–8 лет, проживающие на территории Хабаровского края, разделенные в результате тестирования когнитивных способностей на две группы исследования: дети с низким когнитивным профилем ( $n = 30$ ) и с нормальным интеллектуальным развитием ( $n = 30$ ). Количественный анализ элементов и кальцидиола в сыворотке крови проводился с использованием метода ИСП-МС и иммуноферментного анализа соответственно.

**Результаты.** При анализе концентраций элементов и витамина D в сыворотке крови младших школьников было отмечено преобладание более низких значений Cu, Zn и витамина D в группе детей с когнитивным развитием ниже средних нормальных показателей ( $p < 0,05$ ). Расчет относительного риска (ОР) свидетельствует о наличии прямой связи между дефицитом элементов и витамина D и вероятностью развития отклонений когнитивного профиля у ребенка. Так, ОР развития произвольного внимания ниже среднего повышается в 2 раза при дефиците Mg и 4 раза в одинаковой степени при недостаточной обеспеченности Zn и Cu (ОР = 2,000, 95% ДИ 1,020–3,922; ОР = 4,000, 95% ДИ 2,106–7,598 соответственно). Установлено, что дефицит Mg, Cu и Zn в организме ребенка способствует формированию низкого уровня развития словесно-логического мышления (ОР = 1,750, 95% ДИ 1,208–2,535; ОР = 2,200, 95% ДИ 1,392–3,477; ОР = 2,619, 95% ДИ 1,145–5,993 соответственно). В то же время дефицит Mg и витамина D снижает способность ребенка к умозаключениям (ОР = 1,750, 95% ДИ 1,208–2,535; ОР = 3,214, 95% ДИ 1,773–13,364 соответственно).

**Заключение.** В исследовании продемонстрировано потенциально негативное влияние дефицита элементов и витамина D на когнитивное развитие младших школьников Хабаровского края. Полученные результаты свидетельствуют о важной роли оптимального содержания элементов и витамина D в развитии интеллектуальных способностей каждого ребенка в отдельности, а также совершенствовании человеческих ресурсов и прогрессе страны в целом.





## ДИНАМИКА УРОВНЯ РОЖДАЕМОСТИ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ ЗА 2009–2020 ГГ.

Чернышева Н.В.<sup>1</sup>, Молочный В.П.<sup>1</sup>, Ворожбит Т.С.<sup>1</sup>, Ким О.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Российская Федерация

<sup>2</sup> КГБУЗ «Детская городская клиническая поликлиника № 3», Хабаровск, Российская Федерация

**Актуальность.** Важным показателем оценки состояния здоровья населения является показатель рождаемости. Особое значение он имеет для закрепления на месте проживания населения Дальневосточного региона.

**Цель исследования.** Изучение динамики рождаемости населения Хабаровского края (ХК) в сравнении с аналогичными показателями Российской Федерации (РФ) и Дальневосточного федерального округа (ДФО) за последние 12 лет с целью оценки эффективности мер по улучшению жизни населения.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ демографических тенденций относительно динамики показателей рождаемости населения ХК за 2009–2020 гг. путем использования показателей, отраженных в сборниках статистических материалов Росстата за 2009–2020 гг. Сравнивались показатели, рассчитанные на 1 тыс. населения в соответствующий период времени.

**Результаты.** В Хабаровском крае (так же как в РФ и ДФО) прослеживается четкая тенденция к снижению рождаемости. В последние годы темпы снижения данного показателя достигли максимальных значений. Показатель рождаемости в ХК за период 2009–2020 гг. колебался в пределах 10,6–14,3‰, составляя в среднем 12,72‰, что соответствует низкому уровню показателя рождаемости. Минимальный уровень рождаемости — 10,6‰ — наблюдался в 2020 г., в период пандемии новой коронавирусной инфекции. Темп убыли рождаемости в ХК в 2020 г. относительно 2009 г. составил 15,2%, а относительно предыдущего 2019 г. — 2,8%. В РФ и ДФО наблюдалась аналогичная ситуация: показатель рождаемости населения за тот же период относился к низкому уровню (12,36 и 13,06‰). В то же время средний показатель рождаемости по краю был выше общероссийского на 0,35‰ (соответственно 12,72 и 12,36‰), а при сравнении с аналогичным показателем ДФО он был ниже на 0,34‰ (соответственно 12,72 и 13,06‰).

Таким образом, проведенный нами анализ динамики показателя рождаемости населения в период 2009–2020 гг. свидетельствует о том, что снижение рождаемости регистрировалось повсеместно — в Хабаровском крае, в Дальневосточном федеральном округе и в Российской Федерации.

**Заключение.** Очевидно, что пандемия новой коронавирусной инфекции внесла свои дополнительные коррективы в динамику показателя общего уровня рождаемости в крае, который продолжает убывать. Существующая медико-демографическая обстановка на территории края позволяет определить наиболее уязвимые звенья демографических проблем и попытаться разработать план первоочередных задач по преодолению наметившихся тенденций.



## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Чеснокова С.А., Вялкова А.А.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация

**Актуальность.** Ранняя диагностика хронической болезни почек (ХБП) у детей является актуальной проблемой педиатрии и нефрологии. Эндотелин-1 (ЭТ-1) — высокочувствительный маркер дисфункции эндотелия и ранний биомаркер поражения почек (Ninomiya T., 2014).

**Цель исследования.** Оценить диагностическую роль эндотелина-1 при ХБП детей.

**Пациенты и методы.** Проведено клинико-параclinical обследование 90 пациентов с различными стадиями ХБП, 30 детей с хроническими заболеваниями почек (ХЗП) без признаков ХБП и 30 условно здоровых детей контрольной группы в возрасте от 1 до 17 лет. Оценены количественный уровень ЭТ-1 по методу ELISA, показатели внутривисочечной гемодинамики (систолической (Vs) и диастолической (Vd) скорости кровотока), микроальбуминурия.

**Результаты.** Установлен достоверно более высокий уровень ЭТ-1 в сыворотке крови у пациентов с I стадией ХБП по сравнению с детьми с ХЗП без признаков ХБП ( $p < 0,001$ ). При прогрессировании ХБП отмечалось достоверное постадийное повышение количества ЭТ-1 с максимальным уровнем у пациентов с III–IV стадией ХБП ( $111,4 \pm 1,3$  пг/мл) по сравнению с пациентами с ХБП I стадии ( $98,01 \pm 2,73$  пг/мл,  $p < 0,001$ ).

Доказаны достоверные различия показателей Vs и Vd у пациентов с ХЗП без признаков ХБП и с ХБП на I стадии (Vs  $21,9 \pm 0,4$  мм/с и  $20,3 \pm 0,4$  мм/с,  $p < 0,001$ ; Vd  $7,4 \pm 0,08$  мм/с и  $9,33 \pm 0,28$  мм/с,  $p < 0,05$ ). При прогрессировании ХБП отмечается достоверное снижение Vs (при ХБП II —  $17,3 \pm 0,55$  мм/с; при ХБП III–IV —  $12,9 \pm 0,4$  мм/с,  $p < 0,05$ ) и Vd (при ХБП II —  $5,6 \pm 0,05$  мм/с, при ХБП III–IV —  $5,2 \pm 0,05$  мм/с,  $p < 0,05$ ).

Микроальбуминурия выявлялась у 100% детей с ХБП по сравнению с 8,6% пациентов с ХЗП без признаков ХБП ( $p < 0,05$ ).

Установлена прямая корреляционная взаимосвязь ЭТ-1 с уровнем МАУ ( $r = 0,64$ ), обратная корреляционная взаимосвязь с параметрами внутривисочечной гемодинамики ( $r$  Vs =  $-0,60$ ), ( $r$  Vd =  $-0,53$ ).

**Заключение.** Высокая диагностическая информативность ЭТ-1 как биомаркера раннего почечного повреждения и его прогностическое значение при формировании нефросклероза у детей с ХБП доказана на основании достоверных различий уровня ЭТ-1 у детей с субклинической стадией ХБП и ХЗП без признаков ХБП ( $p < 0,001$ ); прямой корреляционной взаимосвязи с уровнем МАУ; обратной корреляции с прогрессирующим снижением параметров внутривисочечной гемодинамики.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ Г. САРАТОВА В 2021 Г.

Чудакова Т.К., Цека Ю.С., Матвеева М.А., Татусь Ю.А.

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

**Актуальность.** Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают ведущее место в структуре заболеваемости у детей.

**Цель исследования.** Изучить этиологическую структуру острых респираторных вирусных инфекций у госпитализированных детей г. Саратова в 2021 г.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ 3000 медицинских карт больных детей в возрасте от 1 мес до 17 лет, госпитализированных в ГУЗ ДИКБ № 5 г. Саратова. Для установления этиологии ОРВИ больным проводили обследование носоглоточных смывов методами ПЦР и иммунохроматографии и определение IgA к респираторным вирусам в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа крови.

**Результаты.** В этиологической структуре у госпитализированных больных в 2021 г. отмечено увеличение в 1,3 раза количества детей с ОРВИ по сравнению с 2020 г. В 2021 г. ОРВИ составили 92% от всех госпитализированных нозологий (в 2020 г. — 88,8%). В 2021 г. установлено значительное уменьшение (в 23 раза) количества больных гриппом детей по сравнению с 2020 г. (5 пациентов в 2021 г. и 114 больных — в 2020 г.). У всех госпитализированных в 2021 г. больных гриппом заболевание протекало в среднетяжелой форме. В этиологической структуре ОРВИ с установленной этиологией у детей чаще была выявлена респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (РСВИ) — в 515 (17,2%) случаях, риновирусная инфекция — в 500 (16,6%) случаях, аденовирусная инфекция — в 220 (7,3%) случаях и парагрипп — 71 (2,3%) случае. Острые респираторные вирусные микст-инфекции были выявлены у 62 (2%) больных. В 2021 г. отмечено увеличение в 2,5 раза числа госпитализированных детей с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (с 70 до 175 больных). У большинства детей COVID-19 протекала в среднетяжелой и легкой формах.

**Заключение.** В 2021 г., в период пандемии новой коронавирусной инфекции, произошло изменение этиологической структуры ОРВИ у детей за счет значительного уменьшения количества больных гриппом и увеличения больных COVID-19. В этиологической структуре у госпитализированных больных ОРВИ с установленной этиологией преобладала РСВИ.



## КОМОРБИДНЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕВУШЕК С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Шайтарова А.В., Ушакова С.А., Хашагульгова Т.А.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** В последние годы отмечается рост числа заболеваний нервной анорексией среди детей и подростков. Сложности фармакологической терапии, рецидивирующий характер течения заболевания, сопутствующие соматические расстройства, высокие показатели смертности у пациентов с нервной анорексией определяют актуальность данной медицинской и социальной проблемы.

**Цель исследования.** Изучить сопутствующие соматические расстройства у подростков с нервной анорексией.

**Пациенты и методы.** Ретроспективный анализ медицинской документации 30 пациенток в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст —  $15,2 \pm 1,6$  года). Оценка антропометрических показателей проводилась с помощью программы WHO AnthroPlus. Проведен анализ лабораторных и функциональных методов исследования с использованием стандартизованных методик. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica (StatSoftInc., USA, version 10.0). Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

**Результаты.** При первичном обращении в медицинское учреждение у всех пациенток отмечался выраженный дефицит веса — SDS ИМТ  $-3,2 [-2,6; -3,8]$ . По результатам эзофагогастродуоденоскопии у 12 пациенток (40%) выявлены признаки гастродуоденита, в том числе у 4 девушек (33,3%) в данной группе — гастроэзофагеальный рефлюкс с дистальным эзофагитом. У 5 (16,7%) девушек отмечалось повышение трансаминаз (аланинаминотрансфераза 67–197 Ед/л). Артериальная гипотензия с систолическим АД  $< 90$  мм рт. ст. отмечена у 3 (10%) девочек. При оценке частоты сердечных сокращений (ЧСС) по данным ЭКГ покоя у 20 (66,7%) пациенток выявлена синусовая брадикардия с ЧСС  $< 2$  перцентилей для соответствующего пола и возраста. У 9 (30%) пациенток отмечены неспецифические нарушения фазы реполяризации. У 7 (23,3%) девушек отмечен гидроперикард с сепарацией листков перикарда от 3 до 19 мм без признаков тампонады. У 28 (93,3%) пациенток установлена вторичная аменорея, у 2 девушек (6,7%) — первичная.

**Заключение.** При первичном установлении диагноза нервной анорексии у всех пациенток отмечен выраженный дефицит массы тела, что свидетельствует о поздней диагностике заболевания, одной из причин которой, несомненно, является недостаточная осведомленность родителей и врачей первичного звена медико-санитарной помощи о проблеме нервной анорексии. Многочисленные соматические нарушения у пациентов с нервной анорексией являются прямым следствием потери веса и недоедания. Количество пораженных систем растет с увеличением тяжести дефицита веса. Всем пациентам с нервной анорексией необходимо наблюдение междисциплинарной командой специалистов, имеющих опыт в лечении данного заболевания и его осложнений.



## РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ ШЕНЛЕЙНА – ГЕНОХА У ПАЦИЕНТА 9 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕГО НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19 (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Шалыгина М.В.<sup>1, 2</sup>, Родионовская С.Р.<sup>2, 3</sup>, Винникова В.Г.<sup>2</sup>, Торосян Г.Г.<sup>2</sup>, Никишина И.П.<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБУ ФНКЦ детей и подростков ФМБА России, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19) продемонстрировала связь вируса SARS-CoV-2 с развитием иммуновоспалительных ревматических заболеваний (ИВРЗ).

**Цель исследования.** Представить клинический случай развития болезни Шенлейна – Геноха (БШГ) у пациента детского возраста, ранее перенесшего COVID-19.

**Пациенты и методы.** Мальчик, 9 лет, имевший контакт по школе с COVID-19, впоследствии эпизод субфебрильного подъема температуры, слабость. В течение последующего месяца развился симптомокомплекс, представленный кожными проявлениями тромбоваскулита, болями в животе, артритом голеностопного сустава. Диагностирована БШГ, смешанная форма, начата терапия системными глюкокортикоидами (ГК) 2 мг/кг/сут, пентоксифиллин внутривенно. В динамике распространение сыпи, ангионевротические отеки, гемоколит.

**Результаты.** При обследовании: СОЭ — 30 мм/ч, WBC —  $13 \times 10^9$ , С-реактивный белок — 9 мг/л ( $N > 5,0$ ); ферритин, трансаминазы в пределах нормы; низкий уровень АЧТВ (гиперкоагуляция); в иммунологическом анализе ANCA, АНФ, анти-ДНК в пределах нормы. Данных за нефрит не получено. Проведена пульс-терапия ГК 20 мг/кг №3, инфузия внутривенного иммуноглобулина (ВВИГ) 1 г/кг, свежезамороженной плазмы 10 мл/кг, продолжена терапия ГК 2 мг/кг/сут, гепарин 300 ед/кг/сут. На 3-й нед болезни подключен сульфасалазин 30 мг/кг/сут. На 7-й нед болезни пациент переведен в ФГБУ ФНКЦ детей и подростков ФМБА с проявлениями тромбоваскулита (абдоминальный синдром, распространенная геморрагическая сыпь), УЗИ-признаки гепатоспленомегалии, незначительное количество свободной жидкости в брюшной полости, эндоскопические признаки геморрагического гастрита. Лабораторные маркеры воспаления, показатели коагулограммы в норме, АТ IgG к SARS-COV-2 — 57,9 Ед/мл ( $N$  до 15). Обсуждался диагноз мультисистемного воспалительного синдрома (MIS-C). Стабилизация состояния достигнута на 3-й мес болезни, после подключения азатиоприна 2 мг/кг. В течение последующих 2 мес отменена терапия ГК. В анамнезе эпизоды необильной геморрагической сыпи в области голеней, маркеров нефрита не выявлено.

**Заключение.** Данный клинический случай демонстрирует трудности дифференциальной диагностики и курации пациентов, перенесших COVID-19, с развитием клинических и лабораторных нарушений, характерных для MIS-C и БШГ. Персистирование клинических проявлений болезни, умеренный уровень лабораторных маркеров воспаления, недостаточный эффект от терапии высокими дозами ГК, ВВИГ, антикоагулянтами, достижение стабилизация состояния на фоне иммуносупрессивной терапии азатиоприном позволили верифицировать диагноз болезни Шенлейна – Геноха, триггерным фактором которой явилась инфекция COVID-19.

## РОЛЬ pH МОЧИ ПРИ УРОЛИТИАЗЕ У ДЕТЕЙ

Шамансурова Э.А., Абдуразакова Ш.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан

**Актуальность.** В формировании камней в мочевыделительных путях важное значение имеют показатели pH мочи. На значение pH мочи большое влияние оказывают рацион питания, особенности метаболизма детского организма, инфекционно-воспалительные процессы в почках и мочевыводящих путях, сохранность функции почек и др. Эти факторы приводят к колебанию pH мочи в широком диапазоне. По итогам исследований многочисленных авторов, при уролитиазе кислотность мочи играет одну из ключевых ролей в различных стадиях камнеобразования, включая кристаллизацию, рост, агрегацию и ретенцию камня в мочевых путях. Известны значения pH мочи, которые являются фактором риска литогенеза и, напротив, при которых не происходит или замедляется процесс камнеобразования. Повышение литогенности мочи наступает при нарушении экскреции различных ионов и веществ, способных влиять на камнеобразование. Кальциурия, фосфатурия, уратурия и магниурия могут повышать литогенный потенциал мочи, который является результатом взаимного влияния друг на друга как метаболических, так и физико-химических факторов, включая pH мочи.

**Цель исследования.** Изучение зависимости физико-химической структуры камней мочевыводящих путей от показателей pH мочи и его влияние на уровень экскреции основных литогенных веществ.

**Пациенты и методы.** Работа выполнена на базе Национального детского медицинского центра в Ташкенте. В исследовании были изучены данные 104 больных детей с уролитиазом (60 мальчиков и 54 девочки в возрасте от 1 до 14 лет). Всем пациентам проводилось, помимо общеклинических анализов, определение pH утренней мочи, кальция в суточной моче и определение химического состава мочевого камня. Классификацию мочевых камней проводили по преобладающему минеральному компоненту (более 50% всей минеральной основы).

**Результаты.** В зависимости от физико-химического состава конкрементов все пациенты были разделены на группы: кальция оксалат — у 75 детей, фосфаты (карбонатапатит) — у 18 детей, мочевиная кислота — у 2, струвит — у 8, смешанные — у 2. Результаты анализа исследования показывают, что величина pH мочи оказывает существенное влияние на частоту образования камней различных типов у детей с уролитиазом. У детей чаще всего встречались кальций-оксалатные камни. У 72,1% детей с оксалатными камнями в мочевыводящих путях наблюдалось сдвиг pH мочи в кислую сторону (от 4,8 до 6,0). Отмечалось, что при сдвиге pH мочи в щелочную сторону уменьшается частота выявления оксалатных камней, а также при росте pH мочи в диапазоне от 5,9 до 7,9 не наблюдалось образования оксалатных камней, т.е. снижение показателя кислотности мочи ниже pH 6,0 способно повышать риск развития оксалатного уролитиаза. При pH мочи, равном 5,5–5,9, отмечались наибольшее выделение кальция с мочой и образование кальций-оксалатных камней. Значит, в пределах pH от 5,6 до 5,7 повышение оксалатного литогенеза сопровождается кальциурией. Формирование фосфатных конкрементов усиливается при защелачивании мочи. Фосфатные камни были представлены в виде карбонатапатита. Частота выявления фосфатного уролитиаза наблюдается при pH от 5,7 до 6,1. При этом наблюдалось некоторое снижение уровня экскреции кальция, что свидетельствует о значении защелачивания мочи в формировании фосфатных камней. При снижении pH мочи со щелочных до кислых значений (4,8–5,0) частота выявления уратных камней у детей с уролитиазом возрастает. Чистые 100% уратные камни и камни с преобладанием уратного компонента (выше 60%) образуются при кислых значениях pH мочи. Формирование струвитных камней, как и фосфатных, происходит в щелочной среде мочи. Струвитные камни встречались при pH мочи 6,9–7,5, это связано с тем, что кристаллизация струвита наблюдается при pH мочи выше 6,9, тогда как растворимость струвита возрастает при pH мочи ниже 6,2. Чаще всего формирование струвитных камней наблюдалось у детей с инфекциями мочевыводящих путей, в бактериологическом исследовании мочи обнаружались *Proteus spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, так как данные бактерии продуцируют уреазу, что приводит к защелачиванию мочи и образованию струвитных камней. При этом не отмечалось повышения экскреции кальция.

**Заключение.** Полученные данные позволили сделать вывод, что значение pH мочи является одним из ведущих факторов, влияющих на камнеобразование в мочевыводящих путях при уролитиазе у детей. В большинстве случаев у детей выявлялись оксалаты. Оксалурия сопровождалась экскрецией кальция в суточной моче, что означает, что pH мочи может регулировать суточную экскрецию кальция. При выявлении уратных камней значение pH мочи находилось ниже 5,1–5,3, а при выявлении карбонатапатитных камней значение pH было выше 5,7–6,1. При струвитных камнях наблюдалась низкая экскреция кальция, а также струвитные камни сопровождалась инфекцией мочевыводящих путей.



## **РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ СТАНДАРТА РАБОЧЕГО МЕСТА УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАМКАХ ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА»**

**Шаповалов К.А.<sup>1, 2</sup>, Каторкин В.И.<sup>1</sup>, Слуцкий С.И.<sup>1</sup>, Габова Г.Ю.<sup>1</sup>,  
Бабкина А.В.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника № 3», Сыктывкар,  
Республика Коми, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГОУ ДПО «Коми республиканский институт развития образования»,  
Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

**Актуальность.** В рамках проекта «Бережливая поликлиника» с использованием базового инструмента — метода 5S возникает необходимость разработки унифицированного стандарта рабочего места участкового педиатра и медицинской сестры (СРМ).

**Цель исследования.** Создание СРМ для организации максимально эргономичной, удобной и комфортной работы персонала во время амбулаторного приема.

**Пациенты и методы.** Системный, процессный, функциональный, нормативный, 5S.

**Результаты.** Форма СРМ принимается учреждением самостоятельно с учетом простоты, доступности для понимания и проверки его соблюдения и возможности корректировки при замене оборудования кабинета. СРМ оформляется на бумажном носителе и включает следующие информационные блоки: подразделение (№ педиатрического отделения), № кабинета, ФИО участковых педиатров и медицинских сестер, работающих, как правило, в 2 смены в конкретном кабинете, дата создания, список предметов, находящихся на рабочем столе, схема рабочего места и стандарт уборки рабочего места. В таком виде он находится на рабочем месте в папке участкового педиатра и доступен для ознакомления и пользования как работникам, так и проверяющим. Создание СРМ приводит к: 1) уменьшению затрат времени на поиск необходимых медицинских документов и предметов; 2) сокращению количества ошибок за счет того, что применили что-то неподходящее случаю (материал с истекшим сроком годности, неисправный инструмент и т.д.). Исключаются любые другие несоответствия, например лишние или ненужные движения (эргономический положительный эффект); 3) снижению простоев оборудования, связанных с грязью и мусором; 4) улучшению контроля за порядком (контроль осуществляется быстрее, и проще обнаруживаются отклонения от нормального состояния); 5) повышению ответственности персонала за качество организации рабочего места с одновременным повышением производительности и безопасности труда. Выбатывается производственная культура и привычки персонала по соблюдению первых 4 шагов 5S. Для проверки в работе использовался утвержденный чек-лист аудита. Анализ эффективности внедрения системы 5S должен проводиться не реже 1 раза в год.

**Заключение.** СРМ разработан в рамках проекта «Бережливая поликлиника» для создания оптимальных условий организации рабочего места и пространства и является основным инструментом бережливого производства. Создание комфортных условий для работы участкового педиатра и медицинской сестры, выполнения профессиональных операций, поддержание порядка, чистоты, аккуратности. Экономия времени и энергии повышают удовлетворенность медицинских работников результатами труда и качество оказания медицинских услуг. Повышение качества производственных условий, последовательно приводящее к повышению качества труда, является основным и, возможно, единственным путем к эффективному лечению, созданию комфортных условий и удовлетворенности качеством обслуживания детей и сопровождающим их родственникам.

## ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ. ОСОБЕННОСТИ ДИДАКТИКИ ОБУЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ДЕТЕЙ, ШКОЛЬНИКОВ И ПОДРОСТКОВ

Шаповалов К.А.<sup>1, 2</sup>, Шаповалова Л.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника № 3», Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГОУ ДПО «Коми республиканский институт развития образования», Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

**Актуальность.** Для обучения детей, школьников и подростков оказанию первой помощи (ПП) пострадавшим при химических ожогах (ХО) предложены алгоритмы современной дидактики.

**Цель исследования.** Раскрыть в детской аудитории причины, последствия и меры предупреждения ХО.

**Пациенты и методы.** ХО возникают при попадании на кожу и слизистые оболочки различных агрессивных химических веществ (кислоты, щелочи, соли тяжелых металлов, бытовые едкие композитные жидкости). Происходят в результате несчастных случаев на производстве, при нарушении техники безопасности, неосторожных действиях школьников при проведении опытов на уроках химии и продолжении экспериментов за пределами школы, несчастных случаев в быту. Чаще страдают ладони и пальцы рук, глаза. Тяжесть ХО зависит от: 1) механизма действия вещества; 2) количества; 3) концентрации; 4) глубины проникновения; 5) длительности воздействия; 6) индивидуальных особенностей (реактивности) организма пострадавшего. Классификация ХО по степеням (4). По механизму действия веществ выделяют ХО: 1) концентрированными кислотами (серной, азотной и др.), что приводит к коагуляционному некрозу; 2) концентрированными щелочами, которые вызывают тяжелые колликвационные некрозы; 3) бытовыми чистящими веществами; 4) химическими веществами, применяемыми в промышленности; 5) химическими веществами, применяемыми во время вооруженных конфликтов. Разбрызгивание, проливание или проглатывание едкого вещества взрослыми и детьми чаще происходит случайно. Маленькие дети тянут в рот абсолютно все предметы, которые не убраны от них подальше или не спрятаны. ХО чаще бывают ограниченными, их площадь редко превышает 10% поверхности тела. ХО отличаются замедленным течением, постепенным отторжением омертвевших тканей, длительным заживлением. Для них характерны четкие границы и изменения кожи при поражении определенными веществами. При ожогах серной кислотой участки кожи приобретают черный цвет, хлористоводородной — светло-желтый, азотной — желто-зеленый, а уксусной — белый. Ожоговый шок наблюдается редко, обычно I–II степени. Особенности ХО глаз.

**Заключение.** ПП: 1) прекратить действие химических веществ путем снятия загрязненной одежды и аксессуаров; 2) удалить остатки едкого вещества или его частиц сухой тканью с поверхности тела; 3) обмывать пораженный участок кожи большим количеством проточной воды не менее 20 мин; 4) обработать ожоговую поверхность нейтрализующими средствами: при ожогах кислотами — 2–3% раствором гидрокарбоната натрия (пищевой соды), нашатырным спиртом, мыльной пеной, при ожоге щелочами — 2%-ным раствором лимонной или уксусной кислоты. Накладывается сухая (без лекарственных средств) асептическая повязка, при наличии шприц-тюбика — вводят обезболивающее средство; 5) для уменьшения боли возможно прикладывание к пораженному участку холода (полиэтиленовый пакет со льдом или куском замороженного мяса (рыбы) из холодильника, обернутый в ткань); 6) эвакуация в лечебное учреждение. При ХО глаз основное мероприятие ПП — немедленное и обильное промывание глаз. Следует раздвинуть веки и промывать глаз не менее 20 мин слабой струей проточной воды, затем наложить сухую повязку и срочно обратиться к врачу.

## ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОБУСЛОВИВШИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В 2016–2020 ГГ.

Шаповалов К.А.<sup>1, 2</sup>, Шаповалова Л.А.<sup>2</sup>, Забоева М.В.<sup>1</sup>, Торопова О.Е.<sup>1</sup>, Автушина К.А.<sup>1</sup>, Калинина Т.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника № 3», Сыктывкар, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГОУ ДПО «Коми республиканский институт развития образования», Сыктывкар, Российская Федерация

**Актуальность.** Показатели детской инвалидности являются статистическим инструментом для определения сил и средств учреждения, необходимых для реабилитации пациентов, организации лечебного процесса, решения управленческих и методических вопросов.

**Цель исследования.** Формирование базовых нормативов инвалидности пациентов.

**Пациенты и методы.** Ретроспективное обсервационное когортное сплошное исследование проведено на основании анализа 1810 обратных талонов (Сведений о результатах проведенной медико-социальной экспертизы) пациентов Сыктывкарской детской поликлиники № 3, у которых признаки инвалидности были выявлены при прохождении МСЭ в 2016–2020 гг. Число детей-инвалидов в эти годы составило: 215 (2016); 234 (2017); 261 (2018); 555 (2019); 545 (2020). В г. Сыктывкаре инвалидность при психических расстройствах F00–F99 рассматривает специализированная МСЭ, дети-инвалиды с этими видами патологии наблюдаются в специализированном диспансере.

**Результаты.** При формировании показателей норматива инвалидности контингента детей городской детской поликлиники определены структура и частота заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности детей. Распределение по классам было следующим: VI Болезни нервной системы G00–G99 —  $35,47 \pm 2,51\%$  (коэффициент частоты на 10 000 детского населения (Кч) = 47,86), XVII Врожденные аномалии, хромосомные нарушения Q00–Q99 —  $23,48 \pm 2,23\%$  (Кч = 31,68), IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ E00–E90 —  $12,03 \pm 1,71\%$  (Кч = 16,25), II Новообразования C00–D48 —  $8,95 \pm 1,50\%$  (Кч = 12,08), VIII Болезни уха и сосцевидного отростка H60–H95 —  $7,40 \pm 1,38\%$  (Кч = 9,99), XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани M00–M99 —  $3,15 \pm 0,92\%$  (Кч = 4,25), VII Болезни глаза и его придаточного аппарата H00–H59 —  $2,93 \pm 0,88\%$  (Кч = 3,95), III Болезни крови и иммунной системы D50–D89 и XIX Травмы, отравления и другие воздействия внешней среды S00–T98 — по  $1,50 \pm 0,63\%$  (Кч = 2,01), IX Болезни системы кровообращения I00–I99 —  $1,05 \pm 0,54\%$  (Кч = 1,42), XI Болезни органов пищеварения K00–K93 —  $0,88 \pm 0,49\%$  (Кч = 1,19), XIV Болезни мочеполовой системы N00–N99 —  $0,50 \pm 0,37\%$  (Кч = 0,67), I Инфекционные и паразитарные заболевания A00–B99 —  $0,44 \pm 0,34\%$  (Кч = 0,60), X Болезни органов дыхания J00–J99 —  $0,39 \pm 0,33\%$  (Кч = 0,52) и XII Болезни кожи и подкожной клетчатки L00–L99 —  $0,33 \pm 0,30\%$  (Кч = 0,45).

**Заключение.** Ожидаемое число детей-инвалидов, которым будет определена инвалидность, в последующие годы может составить не менее 362 человек. Из них с достоверной вероятностью у 128 причиной инвалидности станут заболевания VI G00–G99, у 85 — XVII Q00–Q99, у 43 — IV E00–E90, у 32 — II C00–D48, у 26 — VIII H60–H95, у 12 — XIII M00–M99, у 10 — VII H00–H59, у 6 — III D50–D89, у 6 — XIX S00–T98, у 4 — IX I00–I99, у 3 — XI K00–K93, у 2 XIV N00–N99, у 2 — I A00–B99, у 2 — X J00–J99 и у 1 — XII L00–L99.



## ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ Г. СМОЛЕНСКА

Шаробаро В.В., Бекезин В.В.

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Состояние здоровья детей является актуальной проблемой, так как они будут определять в ближайшее десятилетие экономический, научный и культурный потенциал страны (Баранов А.А., 1998).

**Цель исследования.** Сравнительная характеристика состояния здоровья детей г. Смоленска за последние 25 лет.

**Пациенты и методы.** Проведен статистический анализ состояния здоровья детей г. Смоленска за последние 25 лет.

**Результаты.** Установлено, что за этот период уменьшилось общее количество детского населения на 9,73% — с 64 488 до 62 733, а также детей с 1-й группой здоровья — с 16,5 до 9,1%, в том числе среди новорожденных — с 0,4 до 0,2%. Возросло число детей с 3-й и 4-й группами здоровья — соответственно с 17,1 до 22,9%; с 0,6 до 1,4%.

Уровень заболеваемости вызывает тревогу. За этот период частота онкологических заболеваний увеличилась на 11%, эндокринных болезней — на 27,6%, болезней крови — на 36,1%, бронхиальной астмы — на 29%, болезней органов пищеварения — на 22,1%.

Особое значение имеет качество здоровья вновь рождающихся детей, а оно зависит от здоровья матери.

Исследования показали, что к 14 годам, когда в целом завершается формирование девочки как будущей матери, практически у каждой 10-й отмечено дисгармоничное развитие, у 13% — артериальная гипертензия, те или иные гинекологические заболевания регистрируются при осмотрах у 9–11% девочек-подростков. Следовательно, создается замкнутый цикл: больная мать – больной ребенок – больной подросток – больные родители. В детском возрасте появляются заболевания, свойственные взрослым (язвенная, гипертоническая болезнь, неврозы).

**Заключение.** Выявлена тенденция к уменьшению удельного веса в 1-й и 2-й группах здоровья и увеличению числа детей с хронической патологией. В связи с этим от педиатров требуется проведение оздоровительных мероприятий, что будет способствовать положительной динамике здоровья детей.



## АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДСКИХ УСЛОВИЯХ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Шахова Н.В., Кашинская Т.С.

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

**Актуальность.** Сенсibilизация к аллергенам является фактором риска развития бронхиальной астмы (БА), а также влияет на тяжесть течения и обострение заболевания. Таким образом, своевременная аллергологическая диагностика является важной частью ведения пациентов с БА, необходимой для определения триггеров обострения, элиминационных мероприятий и назначения аллерген-иммунотерапии.

**Цель исследования.** Установить спектр сенсibilизации среди детей дошкольного возраста с БА, проживающих в городских условиях Алтайского края.

**Пациенты и методы.** Проведено одномоментное проспективное исследование с участием 56 детей с БА 3–6 лет, проживающих в городских условиях Алтайского края. Критерии включения: дети 3–6 лет с БА; подписанное информированное добровольное согласие родителей / законных представителей на участие детей в исследовании. Диагноз БА, степень тяжести и уровень контроля заболевания устанавливали на основании диагностических критериев международного согласительного документа Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA, updated 2020). Определяли уровень sIgE к ингаляционным и пищевым аллергенам (клещ домашней пыли *Dermatophagoides pteronyssinus*, перхоть кошки, перхоть собаки, пыльца березы, пыльца тимopheевки, пыльца полыни, коровье молоко, куриное яйцо) методом иммунофлуоресценции на трехмерной твердой пористой фазе на автоматическом анализаторе ImmunoCAP 250 (Phadia AB, Thermo Fisher Scientific, Швеция).

**Результаты.** Средний возраст участников исследования  $4,2 \pm 0,9$  года. Из 56 детей мальчики составили 57%. Две трети детей с БА — 38 (67%) — имели контролируемое течение заболевания, остальные дети — частично контролируемое или неконтролируемое — 18 (32%). Легкая степень тяжести заболевания диагностирована у 23 (41%) детей, средняя — у 31 (56%) ребенка, тяжелая — у 2 (3%) детей. Сенсibilизация к ингаляционным и/или пищевым аллергенам выявлена у 78% детей с БА. Полисенсibilизация — у 40% детей. Сенсibilизация к клещу домашней пыли *Dermatophagoides pteronyssinus* зафиксирована у 21 (37%) ребенка, к перхоти кошки и пыльце березы — у 20 (35%) детей, к перхоти собаки — у 8 (14%) детей, к пыльце полыни — у 10 (17%) детей, к пыльце тимopheевки — у 4 (7%) детей, к коровьему молоку — у 3 (5%) детей, к куриному яйцу — у 5 (9%) детей. Почти половина детей с БА 27 (48%) имели сопутствующий аллергический ринит.

**Заключение.** Большинство детей с БА (78%) имеют аллергический фенотип заболевания. Наиболее значимыми ингаляционными аллергенами в развитии БА в дошкольном возрасте являются клещ домашней пыли *D. Pteronyssinus*, аллергены кошки и пыльцы березы.



## ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОЙ АНТРОПОГЕННОЙ НАГРУЗКИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИСТЕМЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Шашель В.А., Бишенова А.А.

*Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России,  
Краснодар, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время все чаще используется территориальный подход к изучению здоровья взрослого и особенно детского населения в связи с антропогенной нагрузкой. Факторы риска развития железодефицитных состояний отличаются в зависимости от региона проживания. Краснодарский край по своему климатогеографическому положению относится к южному региону и имеет свои специфику сельской и хозяйственной деятельности. Практически во всех районах края в промышленных масштабах с применяются пестициды, что почти в 5 раз превышает общероссийский уровень их использования.

**Цель исследования.** Изучить влияние степени загрязненности среды проживания на развитие железодефицитных состояний.

**Пациенты и методы.** Изучение влияния антропогенной нагрузки на здоровье детей является очень актуальной проблемой. Данные о загрязненности атмосферного воздуха техногенными выбросами и отходами сточных вод были получены из архива краевой станции защиты растений. Данные по заболеваемости системы крови среди детского населения взяты из ежегодных отчетов Медицинского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения Краснодарского края. Для удобства анализа все 45 районов Краснодарского края были поделены на 3 группы по уровню антропогенной нагрузки на условно благоприятные (I группа), условно неблагоприятные (II группа) и неблагоприятные (III группа) районы.

**Результаты.** При расчете средних величин заболеваемости крови среди 3 групп районов были получены данные, доказывающие, что в районах с неблагоприятной и условно благоприятной экологической ситуацией все показатели выше по сравнению с экологически благоприятными по состоянию окружающей среды районами. За семилетний период заболеваемость среди больных I группы составила  $9,7 \pm 0,11\%$ , во II группе —  $11,2 \pm 0,72\%$  ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Экологическое состояние среды проживания оказывает выраженное влияние на рост заболеваемости системы крови и кроветворения среди детского населения.



## ОРФАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СВЯЗАННЫЕ С НИМИ ПРОБЛЕМЫ

Шашель В.А., Фирсова В.Н., Назаретян В.Г., Трубилина М.М., Фирсов Н.А.

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация*

**Актуальность.** Проблема орфанных или редких заболеваний имеет высокую социальную значимость и актуальность, поскольку, несмотря на редкость каждой нозологической формы, их суммарное число очень велико, и более 5% населения планеты страдает данной патологией. Как следует из названия, несмотря на невысокую распространенность, они негативно влияют на качество жизни человека, способны стать причиной смерти, требуют дорогого медикаментозного сопровождения и, соответственно, государственной помощи.

**Цель исследования.** Изучить основные аспекты оказания помощи детям с орфанными заболеваниями в Российской Федерации.

**Пациенты и методы.** Для реализации указанной цели были изучены наиболее актуальные литературные источники, содержание которых освещало представления об орфанных заболеваниях в различных странах мира и в РФ, а также тактику и регулирование механизмов помощи пациентам с редкими болезнями.

**Результаты.** Исследование показало, что далеко не во всех странах существует законодательное регулирование оказания помощи орфанным пациентам, и наиболее передовыми в этом отношении являются США и страны Западной Европы, где обозначены четкие критерии определения орфанной патологии, а также принимается ряд мер для повышения качества медицинского обслуживания больных с редкими заболеваниями. Эти мероприятия не только направлены на улучшение работы в системе здравоохранения, но и поощряют фармацевтические компании к разработке и производству лекарственных средств, а также способствуют научным исследованиям в указанной области.

**Заключение.** Орфанные заболевания в последние десятилетия стали объектом пристального внимания со стороны системы здравоохранения и национального законодательства. Их чрезвычайно низкая распространенность в человеческой популяции создает затруднения со своевременной постановкой диагноза, оказанием квалифицированной медицинской помощи и лекарственным обеспечением.

## **ВЛИЯНИЕ СПОСОБА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ НА СОДЕРЖАНИЕ КАТЕХОЛАМИНОВ В СЫВОРОТКЕ ПУПОВИННОЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

**Шейбак Л.Н.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно,  
Республика Беларусь*

**Актуальность.** Катехоламиновая адаптация при рождении наиболее актуальна в случае преждевременного родоразрешения и во многом определяет стабилизацию основных функций незрелого организма.

**Цель исследования.** Определение стартовых показателей катехоламинового обмена (предшественники и метаболиты дофамина) в сыворотке пуповинной крови у недоношенных новорожденных детей с различным способом родоразрешения.

**Пациенты и методы.** Мы проанализировали содержание предшественников (тирозин, дигидроксифенилаланин (ДОРА)) и метаболитов (дигидроксифенилуксусная (ДОРАС) и гомованилиновая (НВА) кислоты) дофамина у 90 недоношенных новорожденных детей. Из них 54 родились путем операции кесарева сечения. Верификация недоношенности проводилась по оценке гестационной зрелости методом Балларда. Определение биогенных аминов и родственных соединений проводили ион-парной высокоэффективной жидкостной хроматографией. Прием и обработка данных осуществлялись с помощью программы Agilent ChemStation A10.01. Математическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 7.0.

**Результаты.** В сыворотке пуповинной крови недоношенных детей, родившихся естественным и оперативным путем, содержание тирозина существенно не различалось (83,97 нмоль/мл и 73,96 нмоль/мл,  $p = 0,048$ ). По количеству ДОРА определяется более выраженная напряженность катехоламинового обмена при естественном родоразрешении. У детей, родившихся кесаревым сечением, содержание ДОРА составило 57,4 нмоль/л, в то время как при естественном родоразрешении — 93,4 нмоль/л ( $p = 0,0059$ ). Содержание ДОРАС в сыворотке пуповинной крови у недоношенных новорожденных детей при оперативном родоразрешении было с тенденцией к повышению (291,5 нмоль/л, 266,9 нмоль/л,  $p = 0,067$ ). Содержание НВА в сыворотке пуповинной крови существенно не отличалось (204,7 нмоль/л и 179 нмоль/л,  $p = 0,085$ ).

**Заключение.** Способ родоразрешения при преждевременных родах влияет на естественную обеспеченность катехоламинами у плода и новорожденного. Родоразрешение путем операции кесарева сечения является более щадящим для недоношенного ребенка и формирует резерв биогенных аминов для адаптационных возможностей в первые дни жизни.

## **К ВОПРОСУ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ: ДЕТСКОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА**

**Шикалева А.А., Шулаев А.В., Шайдуллина М.Р.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Детское ожирение остается одной из наиболее актуальных проблем системы здравоохранения XXI века, которая носит глобальный характер и неуклонно затрагивает многие страны с низким и средним уровнем дохода. По оценкам Международной ассоциации по изучению ожирения, до 200 млн детей школьного возраста имеют либо избыточный вес, либо ожирение, из них 40–50 млн классифицируются как страдающие ожирением. Ожирение, оказывая негативное влияние на здоровье в детском возрасте, определяет в долгосрочной перспективе рост заболеваний среди взрослых. Избыточный вес и ожирение определяются как аномальное или избыточное накопление жира, которое может ухудшить здоровье.

**Цель исследования.** Социально-экономический статус и этническое происхождение признаны предикторами риска развития ожирения в детском возрасте. На эффективность лечения могут влиять факторы на уровне семьи, включая отношение к избыточному весу, понимание причин набора веса и др.

**Пациенты и методы.** Однако доказательная база ограничена, учитывая значимость социальных и экономических различий как факторов риска. Необходимо, чтобы акцент на социальных различиях в лечении ожирения среди детей и подростков стал одним из главных приоритетов будущих исследований.

**Результаты.** По клинико-статистическому анализу уровня заболеваемости среди детей и подростков Республики Татарстан ожирение, являясь самой частой из эндокринопатий, во многом определяет и статистические показатели, характеризующие ситуацию с заболеваниями желез внутренней секреции. Изменение распространенности ожирения и избыточной массы тела демонстрирует те же тенденции, что и общая распространенность эндокринопатий — более чем двукратное увеличение распространенности ожирения среди пациентов 15–17 лет на протяжении последних 10 лет. Данная тенденция требует анализа и принятия неотложных мер по снижению распространенности заболеваемости.

**Заключение.** Таким образом, детальное изучение уровня расстройства питания и нарушения обмена веществ среди детей и подростков всесторонне охватывает важные аспекты исследования детского ожирения с точки зрения клинико-физиологических, социально-психологических и трансляционных исследований.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛОЙ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Шилина С.А., Скобеев И.Г., Майорова Е.В., Симонайтес А.А.,  
Аникеева Н.А., Татишвили Е.Ф., Панферухина А.Ю., Жилочкина А.М.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет  
им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Российская Федерация  
ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11», Рязань, Российская Федерация

**Актуальность.** У детей и подростков новая коронавирусная инфекция в целом протекает относительно благоприятно. Наличие коморбидной патологии рассматривается как фактор риска развития тяжелого течения внебольничной пневмонии, ассоциированной с SARS-CoV-2 у детей.

**Цель исследования.** Выявить особенности течения коронавирусной инфекции COVID-19 у ребенка с тяжелой коморбидной патологией на примере клинического случая.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациента А., 17 лет. Диагноз: «Коронавирусная инфекция COVID-19, тяжелое течение, подтвержденная внебольничная двусторонняя пневмония смешанной этиологии, тяжелая форма, ДН II ст. КТ-3–4 ст. Синдром Ретта. Выраженная задержка психо-речевого развития. Эпилепсия симптоматическая».

**Результаты.** Девочка А., 17 лет, поступила в стационар на 7-й день заболевания с жалобами на лихорадку, одышку, кашель. Тяжесть состояния обусловлена неврологическим статусом, респираторными нарушениями и синдромом эндогенной интоксикации. Кожные покровы бледные, холодные. Одышка смешанного характера. ЧДД — 60/мин. SpO<sub>2</sub> — 76%. ЧСС — 155 уд./мин. На РК-томограммах — двухсторонняя полисегментарная пневмония. РК-3–4. В общем анализе крови — тромбоцитопения, лейкоцитоз, ускорение СОЭ. В биохимическом анализе крови: гиперферментемия, повышение СРБ и сывороточного ферритина. По данным коагулограммы — гиперкоагуляция. Из зева выделена *S. albicans* 105/г. Лечение включало оксигенотерапию, антикоагулянты непрямого действия, гормональные, генно-инженерные, противовирусные, антибактериальные и иммунокорректирующие препараты. Выписана на 25-й день в состоянии средней тяжести вследствие неврологической симптоматики. ЧДД — 19/мин, ЧСС — 86 уд./мин, SpO<sub>2</sub> — 98%. На РК-томограммах органов грудной клетки — положительная динамика. КТ-2. При контрольном исследовании через 3 мес патологические изменения в легких отсутствовали.

**Заключение.** Представленный случай иллюстрирует течение коронавирусной инфекции COVID-19 у ребенка с коморбидной патологией, характеризующееся тяжелым поражением легочной ткани. При своевременном оказании квалифицированной медицинской помощи наблюдался благоприятный исход заболевания.



## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Шимченко Е.В., Клещенко Е.И., Каюмова Д.А., Кулагина М.Г.,  
Комаров А.Ф., Апалькова Е.П., Боровикова Е.В.

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Перинатальная гипоксия является одной из основных причин возникновения инвалидирующих состояний у детей. Использование магнитно-резонансной томографии (МРТ) позволяет дать объективную оценку гипоксически-ишемического повреждения головного мозга.

**Цель исследования.** Определить диагностические критерии формирования неврологического дефицита у детей с перинатальным гипоксическим поражением головного мозга.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 144 новорожденных (гестационный возраст — 29–42 нед), получавших интенсивную терапию по поводу асфиксии и/или внутриутробной гипоксии в условиях реанимационного отделения. Всем детям на 2–10-е сут жизни проведена диффузионно-взвешенная МРТ головного мозга с определением величины измеряемого коэффициента диффузии (ИКД) белого и серого вещества больших полушарий. Наблюдение за детьми осуществляли до 3-летнего возраста.

**Результаты.** По данным МРТ диапазон значений ИКД белого вещества больших полушарий мозга составил  $0,69\text{--}2,00 \times 10^{-3}\text{мм}^2/\text{с}$ , серого вещества —  $0,64\text{--}1,47 \times 10^{-3}\text{мм}^2/\text{с}$ . У 43 (29,9%) детей с низкими показателями ИКД белого вещества больших полушарий  $0,69\text{--}1,30 \times 10^{-3}\text{мм}^2/\text{с}$  и серого вещества —  $0,64\text{--}1,07 \times 10^{-3}\text{мм}^2/\text{сек}$  в дальнейшем выявлен неврологический дефицит, проявившийся формированием ДЦП с нарушением психоречевого развития.

В возрасте двух и трех лет у детей с ДЦП определен уровень развития моторных функций по Gross Motor Function Classification System (GMFCS): I уровень — у 4 (9,3%) детей, II уровень — у 3 (7,0%) детей, III уровень — у 8 (18,6%) детей, IV уровень — у 11 (25,6%) детей, V уровень — 17 (39,5%) детей. Выявлена статистически значимая ( $p < 0,01$ ) обратная высококорреляционная связь между величиной ИКД белого вещества больших полушарий мозга и уровнем развития моторных функций по GMFCS ( $r_{xy} = 0,743$ ). То есть чем ниже показатели ИКД головного мозга у новорожденных, перенесших воздействие гипоксии, тем тяжелее в последующем двигательные нарушения при формировании неврологического дефицита.

**Заключение.** Оценка показателей диффузионно-взвешенной МРТ головного мозга, проведенной в перинатальном периоде, позволяет определить объективные диагностические критерии формирования неврологического дефицита у детей с перинатальным гипоксическим поражением нервной системы.

## ОСОБЕННОСТИ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ

Шипилова Л.М., Матвеева Н.Н., Старчикова Т.А.

МУЗ ПЦ ГКБ № 8, Саратов, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»  
Минздрава России, Саратов, Российская Федерация

**Актуальность.** В настоящее время продолжается рост ВИЧ-инфицированных во всем мире, в том числе и женщин, и, следовательно, рождается больше детей, имеющих перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции. Задача акушеров, неонатологов и педиатров в тесном сотрудничестве со специалистами СПИД-центров состоит в том, чтобы максимальное количество детей были здоровыми.

**Цель исследования.** Выявление особенностей адаптации новорожденных в зависимости от стадии заболевания матери.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй родов и историй развития новорожденных на базе МУЗ ПЦ ГКБ № 8 и документа наблюдения детей в СПИД-центре. Сформированы 2 группы: основная группа (n = 65 женщин, но n = 67 детей) и группа сравнения (40 женщин и их детей). Группы были сопоставимы по возрасту, акушерско-гинекологическому анамнезу, пути родоразрешения.

**Результаты.** Возраст женщин варьировал от 19 до 41 года. Роды в возрасте 20–30 лет были у 55,4% женщин основной группы и у 72,5% в группе сравнения.

Основную группу представляли 37% беременных с 3-й стадией ВИЧ, 18,4% — с 4-й стадией, остальные женщины находились на этапе уточнения стадии болезни (3-й или 4-й). По итогам изучения анамнеза отмечен высокий процент соматической заболеваемости (более 80%): 69% женщин имели анемию, 15% — миопию, 9% — хронический бронхит, 8,5% — пиелонефрит, 9% — ВСД, 5% — хронический панкреатит. Акушерско-гинекологический анамнез отягощен у 80% женщин: у 30 (46%) аборт в анамнезе, у 8 (12,3%) — выкидыши, у 7 (10,7%) — замершая беременность, у 23 (35,3%) — воспалительные заболевания органов малого таза.

Экстрагенитальная инфекционная патология у 32 (49,2%) женщин представлена цитомегаловирусной и герпесвирусной инфекциями, у 20 (30,7%) — гепатитом С, у 2 (3%) — сочетанием ВИЧ с гепатитом С и сифилисом. Течение беременности отягощено: угрозой прерывания в 34%, в группе сравнения в 40%; хронической гипоксией плода в 29 и 5% соответственно; фетоплацентарной недостаточностью в 30,8 и 12,5% соответственно. 50% ВИЧ-инфицированных женщин родоразрешены оперативно. Срочными родами были в 73% в основной и в 87,5% в группе сравнения. Родилось 67 детей от матерей с ВИЧ-инфекцией.

При гистологическом исследовании плацент выявлено, что соответствие изменений гестационному возрасту в основной группе вдвое меньше, чем в контроле, и составляет 36,4%. Хроническая плацентарная недостаточность встречалась в 3 раза чаще (40,9%), чем в контроле, острое нарушение кровообращения отмечено в 15,2 и 12,5% случаев соответственно. Лишь в основной группе в 7,6% обнаружены гнойно-септические изменения.

Учитывая, что у всех детей основной группы имеется перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, новорожденные получали антиретровирусную терапию одним или тремя препаратами в зависимости от вирусной нагрузки матери.

Состояние новорожденных на 1-й мин жизни в 10,4% было удовлетворительным, в контрольной группе — в 52,5%; родились в умеренной асфиксии 88 и 47,5% детей соответственно. Тяжелая асфиксия констатирована у 1,4% лишь в исследуемой группе. На 5-й мин состояние всех детей контрольной группы удовлетворительное, а в исследуемой группе — в 79,5% случаев.

Масса новорожденных колебалась от 1400 до 3790 г, а маловесные к сроку гестации составили 24%. Максимальная убыль массы тела (МУМТ) до 6% у 77,6% новорожденных, в контрольной группе — у 35%; МУМТ от 6 до 10% у 20,9 и 65% соответственно. МУМТ более 10% у 1,5% детей основной группы. Желтуха диагностирована у 14,5% детей основной группы против 10% в группе сравнения. Фототерапия была необходима 2 детям основной группы. Диагноз церебральной ишемии был поставлен у 65,6% детей основной группы и у 17% — контрольной.

Кроме специфической профилактической терапии новорожденные получали викасол — 13 (19%), цефекон — 22 (33%) ребенка; иммобилизацию шейного отдела позвоночника проводили 19 (28%) детям. В группе сравнения аналогичное лечение проводилось лишь у 5% детей.

Установлено, что в основной группе уже при рождении около 18% детей имеют сниженные уровни гемоглобина и эритроцитов, 5% детей имеют низкий уровень тромбоцитов, но количество лейкоцитов в 100% соответствует физиологической норме. При исследовании уровней ферментов АЛТ и АСТ в 33% случаев выявлено повышение уровней АЛТ.



В первые 7 дней жизни выписаны 48,3% новорожденных, в группе контроля — 100%. 36% детей, имеющих перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, переведены в различные сроки в стационары 2-го этапа для продолжения химиопрофилактики ВИЧ.

**Заключение.** Таким образом, проведенные исследования показали, что: 1) ВИЧ-инфицированные женщины нередко (в 24%) рожают маловесных детей; 2) в основной группе в 5 раз чаще рождаются дети в умеренной гипоксии по сравнению с контролем; 3) МУМТ менее 6% у 80% детей основной группы, что, возможно, связано с искусственным вскармливанием с рождения и не зависит от становления лактации у матери; 4) уже при рождении у пятой части детей основной группы низкие уровни эритроцитов и гемоглобина, а у 5% — низкий уровень тромбоцитов; 5) выявлено повышение уровней АЛТ/АСТ у 33% новорожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, и имеются однонаправленные изменения с материнскими.

## НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИСФОСФОНАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОРФАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Шлякова Е.Ю.

*ФГБУ ВО ПИМУ Минздрава России, Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Актуальность.** Бисфосфонаты — препараты, влияющие на резорбцию костной ткани, замедляющие потерю минеральной плотности кости (МПК). Длительное время показанием для назначения бисфосфонатов было лечение опухолей костной ткани. На сегодняшний день данная группа препаратов используется для лечения несовершенного остеогенеза (НО) и врожденных ложных суставов.

**Цель исследования.** Оценить эффективность применения бисфосфонатов для нормализации показателей ремоделирования и стимуляции регенерации костной ткани у детей с различными типами НО, врожденным ложным суставом.

**Пациенты и методы.** Обследованы 30 детей в возрасте от 2,4 до 18,0 года ( $12,2 \pm 1,8$ ) с НО и врожденным ложным суставом. Всем детям проведено полное клинико-лабораторное, генетическое обследование, показатели ремоделирования костной ткани (остеокальцин, P1NP, beta-CrossLaps, щелочная фосфатаза, инсулиноподобный фактор).

**Результаты.** Маркеры костного ремоделирования были повышены у 100% обследованных больных, причем как маркеры резорбции, так и маркеры костеобразования. Средний уровень витамина D составил  $17,4 \pm 3,9$  нг/мл. Пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания проводили комплексную медикаментозную терапию, основанную на введении памидроната в комбинации с альфакальцидолом, витамином D и карбонатом кальция. Препарат вводили внутривенно в течение трех дней подряд по схеме Н. Plotkin et al. (2000). С целью снижения активности остеокластов и подготовки к оперативному лечению по протоколу Cross-Union детям с врожденным ложным суставом проводилось введение препарата золендроновой кислоты. На фоне проводимого лечения у всех пациентов отмечалась положительная динамика: снижение количества переломов, увеличение физической активности ребенка, формирование состоятельной костной мозоли в области ложного сустава.

**Заключение.** Таким образом, фармакологическая коррекция нарушений ремоделирования костной ткани у детей с НО и врожденным ложным суставом является необходимым условием для достижения хороших результатов лечения и профилактики возможных осложнений.

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОБЛЕМЕ ВАКЦИНАЦИИ

Шумова А.Л., Клишунова Л.В.

*ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Запросы общества на активность подростков по отношению к вакцинации побуждают преподавателей к поиску образовательных моделей. В настоящее время наиболее актуальной является модель медицинской грамотности.

**Цель исследования.** Определить проблемные зоны в формировании приверженности вакцинопрофилактике у обучающихся на основе анализа медицинской грамотности.

**Пациенты и методы.** Изучение медицинской грамотности было проведено с использованием европейского опросника (HLS-EU-Q47), который включал 47 пунктов, оцениваемых от 1 балла (очень трудно) до 4 баллов (очень легко) по оценке умений находить, понимать, оценивать и применять информацию, связанную с вопросами сохранения и укрепления здоровья. В опросе приняли участие обучающиеся ( $n = 130$ , девушки) в возрасте 16–17 лет.

**Результаты.** Медицинская грамотность в вопросах об умении найти информацию о необходимости вакцинации составила  $2,63 \pm 0,06$  балла (уровень грамотности — 66,2%). Понять информацию, касающуюся определения своевременности вакцинации, —  $2,9 \pm 0,06$  балла; 71,9%. Составить мнение и определить, когда и какие прививки необходимо сделать, —  $2,7 \pm 0,06$  балла; 66,9%. Принять решение о проведении вакцинации —  $2,8 \pm 0,06$  балла; 70,4%.

Низкие показатели грамотности по таким вопросам, как поиск информации и определение ее актуальности лично для себя, связаны с тем, что обучающиеся недостаточно подготовлены по вопросам профилактики инфекционных заболеваний. Более высокий уровень грамотности по таким направлениям, как понимание и принятие решения, обусловлен, на наш взгляд, возможным влиянием отношения членов семьи к вакцинации. Из представленных результатов обращает на себя внимание значительное снижение медицинской грамотности именно в вопросах поиска и использования информации, касающейся вакцинопрофилактики. Это свидетельствует о недостаточных навыках самостоятельной работы с медицинской информацией и низком уровне проводимой информационной работы.

**Заключение.** Таким образом, следует отметить, что при средних уровнях грамотности по вопросам вакцинопрофилактики (от 66,2 до 71,9%) основную проблему составляет недостаточный уровень навыков работы с информацией по профилактике инфекционных заболеваний, что, безусловно, связано с недостаточным вниманием к этому вопросу в учебных дисциплинах.

## **АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

**Шурховецкая А.А.**

*ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Изучение особенностей течения, диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции в различных группах населения является на данный момент приоритетной задачей медицины.

**Цель исследования.** Проанализировать заболеваемость и подходы к лечению новой коронавирусной инфекции у обучающихся ФГБОУ ВО ЮУГМУ, г. Челябинск.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ 259 анкет, заполненных обучающимися различных факультетов медицинского университета. Девушки составили 84,7% опрошенных. Большую часть респондентов составили обучающиеся 4-го курса — 34%. Из числа опрошенных с начала пандемии по май 2021 г. инфекцию перенесли 68% однократно, 4,2% — дважды, а 1,5 — 3 раза.

**Результаты.** Среди опрошенных обучающихся указали, что перенесли коронавирусную инфекцию, 74%. Однако подтвержденных случаев из них 47,4% (подтвержден методом ПЦР (PHK SARS-CoV-2) или выявлением IgM, IgG, IgA методом ИФА в диагностическом титре), вероятных — 1,6%, подозрительных на COVID-19 случаев — 50% (клинические проявления ОРИ вне зависимости от эпидемического анамнеза). Наибольшее количество случаев инфекции пришлось на осень 2020 г. (47,4%). Длительность заболевания составила в среднем 2–3 нед — 40,6%. Абсолютное большинство лечилось амбулаторно, госпитализация потребовалась в 2% случаев. Противовирусные препараты (арбидол, ингавирин, осельтамивир и др.) принимали 46%. Антибиотикотерапия проведена в 22% случаев. Стероидные противовоспалительные средства использовались у 3% заболевших. 40% из переболевших обучающихся отмечали наличие остаточных явлений: 24% — длительно сохраняющиеся нарушения вкуса и обоняния, 6% — повышенную утомляемость и плохую переносимость физических нагрузок.

**Заключение.** Студенты-медики имеют высокий риск заражения новой коронавирусной инфекцией. Большинство студентов перенесли данную инфекцию в легкой форме и лечились амбулаторно. В лечении не всегда обоснованно использовались антибактериальные препараты. После перенесенной коронавирусной инфекции в большом проценте случаев длительно сохраняются остаточные явления.



## АНАЛИЗ РЕСУРСОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ

Щепин В.О., Карпова О.Б., Чичерин Л.П., Загоруйченко А.А.

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Доступность, качество, эффективность организации медицинской помощи детям на амбулаторном этапе и в стационарных условиях в значительной степени определяются состоянием кадровых ресурсов, сети медицинских организаций, обеспеченностью коечным фондом.

**Цель исследования.** Проанализировать в динамике за 2000–2020 гг. состояние ресурсного обеспечения педиатрической службы России как составляющей повышения эффективности системы здравоохранения и охраны здоровья детей.

**Пациенты и методы.** Осуществлен в динамике мониторинг материалов Росстата, статистических данных, официальных документов Минздрава России; изучены результаты научных исследований, определены современные тренды и тенденции обеспеченности ресурсами в целом по стране и на региональном уровне. Использован комплекс методов: сравнительного анализа, математико-статистический, изучения опыта и др. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакетов SPSS, Excel-2007.

**Результаты.** Анализ ресурсной обеспеченности педиатрической службы России показал растущий отток кадров в негосударственные учреждения, что обостряет ситуацию с обеспеченностью населения врачами, снижает доступность помощи. Численность врачей-педиатров в России снизилась с 55 305 в 2000 г. до 49 766 в 2020 г., обеспеченность ими на 10 тыс. детей — с 20,1 до 16,4 соответственно. Наибольшая обеспеченность — в СЗФО (19,3), наименьшая — в СКФО (12,2).

Несколько лучше ситуация с врачами-педиатрами участковыми — их число ежегодно порядка 27–28 тыс. с постоянной обеспеченностью до 9,5 на 10 тыс. детей.

Аналізу динаміки числа дитячих поліклінік в країні, їх істинної цифри перешкоджає створення дитячих амбулаторних центрів: 2005 г. — 471, 2020 г. — 226.

В период начавшейся в 2020 г. пандемии COVID-19 52–59 тыс. инфекционных коек суммарно для детей и взрослых оказалось явно недостаточно: перепрофилировано 235 тыс. коек, еще развернуто 63,4 тыс.

Налицо неравномерность и уровень высокой дифференциации показателей ресурсного обеспечения педиатрической службы по субъектам Российской Федерации.

**Заключение.** Осуществленный мониторинг за 20-летие педиатрической службы системы здравоохранения позволил выявить негативные тенденции в состоянии сети и мощности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям в амбулаторных и стационарных условиях, их обеспеченности кадрами, в сравнении в целом по стране специфики ее федеральных округов и территорий. Определены современные тренды по разделу, кадровая политика, включая необходимость программ социальной поддержки медицинского персонала.

## **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 1000 Г, К ВОЗРАСТУ ТРЕХ ЛЕТ**

**Щербакова В.П.**

*ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр», Ярославль, Российская Федерация*

**Актуальность.** Уровень выхаживания глубоконедоношенных детей повышается с каждым годом, но информации об исходах и состоянии их здоровья до сих пор недостаточно. В Ярославской области от 30 до 45 детей в год рождаются с массой тела менее 1000 г.

**Цель исследования.** Проанализировать состояние здоровья детей, рожденных с массой тела менее 1000 г за период с 2012 по 2018 г. на территории Ярославской области, к возрасту трех лет.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 216 детей. Анализировались показатели физического развития детей на момент рождения, при выписке из стационара, в возрасте одного года, двух и трех лет. Нервно-психическое развитие оценивалось по системе КАТ-КЛАМС в возрасте одного года, двух и трех лет. Проводился многомерный анализ влияния акушерских и перинатальных факторов на исходы в инвалидность и задержку этапов развития.

**Результаты.** Гестационный возраст включенных в выборку новорожденных составлял от 23 до 33 нед. При рождении 27 детей (12,5%) были маленькими к сроку гестации (малая масса и малая длина тела). У троих детей из 216 (1,4%) была малая масса к гестационному возрасту.

При оценке акушерского анамнеза установлено, что нарушение фетоплацентарного и маточно-плацентарного кровотока, а также установленный диагноз задержки внутриутробного развития (ЗВУР) достоверно влияют на наличие дефицита массы тела у ребенка к моменту рождения.

При оценке физического развития и нутритивного статуса к трем годам жизни у 82 детей (38%) диагностировано недостаточное питание разной степени выраженности.

Анализ взаимосвязи показателей физического и нервно-психического развития в те же возрастные периоды показал, что значения массы и длины тела, окружности головы и z-score высоко коррелируют с баллами по шкале КАТ-КЛАМС.

Инвалидность к трем годам жизни установлена у 35 детей. Основная причина: детский церебральный паралич (ДЦП у 30, или 13,9%). В остальных случаях — врожденный порок развития спинного мозга и позвоночника, тугоухость, миопия, обструктивная гидроцефалия, незавершенный остеогенез.

**Заключение.** Экстремально низкая масса тела при рождении является прогностически неблагоприятным фактором для нервно-психического развития детей. Развитие интеллекта, речи и моторных функций зависит от того, был ли дефицит массы тела у ребенка при рождении и в первые три года его жизни. Дети с внутрижелудочковыми кровоизлияниями, перивентрикулярной лейкомаляцией, геморрагическим синдромом имеют высокий риск формирования детского церебрального паралича.





## ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Щербина К.Ю., Васильева Е.И., Омолоева Т.С., Тарасова К.И.

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,  
Иркутск, Российская Федерация

**Актуальность.** Врожденные пороки сердца составляют 1/3 среди всех врожденных пороков развития у детей, показатель имеет тенденцию к росту. Это диктует необходимость ранней диагностики врожденных пороков сердца и определения тактики ведения такого пациента в звене первичного контакта.

**Цель исследования.** Изучить эффективность 15-летнего медицинского сопровождения детей с врожденными пороками сердца на педиатрических участках.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ ученических форм № 112/у в детских поликлиниках № 1, 3 г. Иркутска. Выявлены 33 ребенка, состоявшие в 2007–2021 гг. на диспансерном учете с верифицированными врожденными пороками сердца. Результаты исследования представлены: медиана  $\pm$  стандартное отклонение, рассчитывался коэффициент корреляции Спирмена (RSp).

**Результаты.** Средний возраст детей —  $3,0 \pm 0,8$  года. Гендерных различий (мальчики — 48%, девочки — 52%), влияния кардиальной наследственности (не отягощена у 80%) на формирование пороков выявить не удалось. 60% пациентов имели отягощенный антенатальный анамнез. Степень последнего определяла выраженность клинической картины с первых часов жизни (RSp = 0,5,  $p = 0,003$ ), необходимость в немедленном кардиоскопическом обследовании (RSp = 0,4,  $p = 0,003$ ). Структура пороков: открытый артериальный проток — 30%, дефект межпредсердной перегородки — 24%, дефект межжелудочковой перегородки — 20%; коарктация аорты, клапанный стеноз а. pulmonalis, дефект аорто-легочной перегородки, двустворчатый аортальный клапан — по одному случаю. Впервые ЭхоКГ проведена в родильном доме 70% детей, после 1 мес — 28%, одному — лишь в 4 года. Хирургическая, в т.ч. эндоваскулярная, коррекция проведена 1/3 детей. Медикаментозную терапию получили 40% детей. С возрастом уменьшались яркость симптоматики (RSp = -0,5,  $p = 0,002$ ), интенсивность медикаментозной терапии (RSp = -0,4,  $p = 0,004$ ), частота медицинских отводов при проведении догоняющей вакцинации (RSp = -0,3,  $p = 0,002$ ).

**Заключение.** Совершенствование диагностики, тактики хирургической и медикаментозной коррекции, высокие репаративные возможности детей чаще определяют положительную динамику выживаемости и эффективность медицинской реабилитации. Проблемы ведения пациентов с оперированным сердцем связаны с определением уровня наблюдения с учетом состояния тяжести, возможных остающихся нарушений и потенциальных осложнений и выбором программ кардиореабилитации.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЦИТОКИНОВ ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА

Эфендиев А.М., Керимова Н.Т.

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

**Актуальность.** При неонатальном сепсисе количество цитокинов в крови резко увеличивается. Это происходит еще до увеличения белков острой фазы. Количество некоторых цитокинов (IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, TNF- $\alpha$ ) увеличивается быстрее у новорожденных в ответ на бактериальную инфекцию. Это увеличение можно наблюдать еще до появления признаков и симптомов сепсиса у новорожденных. Поскольку цитокины не проникают через плацентарный барьер, увеличение цитокинов наблюдается в образцах крови, взятых из пуповины. Интерлейкины 6, 8 являются не только маркерами сепсиса, но и индикаторами степени тяжести инфекции. Интерлейкин 6 — один из важнейших медиаторов острой фазы воспаления. В мышцах и жировой ткани он стимулирует мобилизацию энергии, которая приводит к повышению температуры тела, а также главный стимулятор синтеза печенью белков острой фазы, стимулирует пролиферацию и дифференцировку В- и Т-клеток, стимулирует лейкоцитопоз. Интерлейкин 8 — это противовоспалительный цитокин, который ускоряет активацию нейтрофилов и хемотаксис. Интерлейкин 8 — один из основных провоспалительных хемокинов, образуемый макрофагами, эпителиальными и эндотелиальными клетками. Играет также важную роль в системе врожденного иммунитета.

**Цель исследования.** Определить содержание интерлейкинов IL-6, IL-8 у новорожденных, перенесших неонатальный сепсис.

**Пациенты и методы.** Исследования выполнялись в НИИ педиатрии им. К.Я. Фараджевой г. Баку. Определение концентрации IL-6, IL-8 проводилось методом иммуноферментного анализа (ELISA) по принципу «сэндвич» на иммуноферментном анализаторе ElisysUno производства Германии. Статистическую обработку данных проводили с помощью U-критерия Уилкинсона (Манна – Уитни). В исследование были включены 80 новорожденных. Больные были разделены на 2 группы: I группа — 17 новорожденных со сроком гестации 38–41 нед; II группа — 33 новорожденных со сроком гестации 27–37 нед. Контрольную группу составляли 30 здоровых новорожденных детей. У новорожденных, перенесших сепсис, отмечается высокая частота заболеваний. В I группе энтероколит составлял 23,5%, гастроэнтероколит — 23,5%, остеомиелит — 5,9%, пневмония — 64,7%, ДВС-синдром — 17,6%. Во II группе гастроэнтероколит составлял 21,2%, остеомиелит — 12,1%, пневмония — 60,7%, ДВС-синдром — 6,1%. Смертность в I группе составляла 52,9%, во II группе — 54,8%. По наличию заболеваний систем органов дети I основной и II группы сравнения достоверно не различаются между собой, но количество заболеваний в среднем в I и II группах в 2 раза выше, чем в контрольной.

**Результаты.** В сравнении с активностью воспалительного процесса у доношенных и недоношенных новорожденных детей с диагнозом «сепсис» мы изучали содержание провоспалительных цитокинов IL-6, IL-8. Количество IL-6 в I группе составляло ( $51,7 \pm 5,3$  pg/ml), увеличиваясь в 17,4 раза при сравнении с контрольной группой ( $3,3 \pm 0,2$  pg/ml), а во II ( $50,7 \pm 3,2$  pg/ml), в 1,06 раза при контроле ( $3,1 \pm 0,3$  pg/ml). Количество IL-8 в I группе составляло ( $347,6 \pm 9,0$  pg/ml), увеличиваясь в сравнении с контрольной группой в 21,8 раза ( $11,8 \pm 0,37$  pg/ml), а во II группе — в 10,8 раза ( $313, \pm 11,4$  pg/ml) при контроле  $12,3 \pm 0,4$  pg/ml.

**Заключение.** При оценке прогностической и диагностической значимости различных цитокинов и медиаторов иммунного ответа важен комплексный подход к определению иммунного статуса больного. Одновременное определение IL-6 и IL-8 позволяет оценить возможность иммунореактивности пациентов, так как они дают сигнал об опасности.

## НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Юн В.Э., Ермолаева Ю.А., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А.

*ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Российская Федерация*

**Актуальность.** На протяжении более двух лет всемирное научное сообщество активно изучает новую коронавирусную инфекцию (COVID-19). Однако вопросы особенностей клинического течения заболевания в детской популяции до сих пор остаются открытыми.

**Цель исследования.** Изучить клинические особенности течения COVID-19 у детей.

**Пациенты и методы.** В исследовании проведен ретроспективный анализ 285 историй болезни детей, поступивших в ОГБУЗ «Детская инфекционная больница им. Г.Е. Сибирцева» с мая по декабрь 2020 г. с установленным диагнозом «новая коронавирусная инфекция». Среди них 154 мальчика (54,0%), 131 девочка (46,0%).

**Результаты.** Средний возраст детей с COVID-19 — 11,7 [3,42:15,67] лет. Госпитализация в стационар осуществлялась на 4-е [2:8] сутки. Больные предъявляли жалобы: слабость (61,8%), кашель (50,5%), насморк (46,9%), снижение аппетита (25,1%), anosmia (20,4%), головная боль (15,3%), боль в горле (14,9%), диарея (10,2%). Интоксикационный синдром зафиксирован у 91,9% пациентов. Лихорадка (38,3 [37,7:39,0]) °C продолжалась 3 [2:6] дня. Бессимптомное течение заболевания наблюдалось у 22 (8,1%) детей. Пневмония зарегистрирована на 6-й [3:9] день у 46 (16,1%) пациентов, объективно синдром локальных изменений определялся лишь в 6 (2,6%) случаях. Степень тяжести пневмонии у большинства пациентов расценивалась как средняя (93,5%). У 3 детей наблюдалась острая дыхательная недостаточность (4,3%). Вирусовыделение продолжалось в среднем 9 [9:11] дней, у 104 (36,5%) пациентов вирус обнаруживался 10 и более дней. Максимально продолжительное обнаружение вируса в мазках с зева и носа составило 42 дня у девушки 16 лет без признаков пневмонии, но с длительно сохраняющейся лихорадкой. Летальных исходов не зарегистрировано.

**Заключение.** Таким образом, новая коронавирусная инфекция у детей протекает преимущественно в легкой форме и проявляется в виде интоксикации и катарального синдрома со стороны верхних дыхательных путей. Отсутствие специфических проявлений при пневмонии у детей подчеркивает необходимость проведения лучевых методов при отсутствии эффекта от проводимой терапии. Длительная персистенция SARS-CoV-2, диагностированная у трети пациентов, указывает на важную эпидемиологическую роль детей в распространении COVID-19.

## ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Ющенко А.Ю., Каладзе Н.Н.

*Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Российская Федерация*

**Актуальность.** Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) классифицируется как простой порок. При адекватной оперативной коррекции ДМЖП дети считаются практически здоровыми.

**Цель исследования.** Оценить частоту и прогностические факторы возникновения острых респираторных инфекций (ОРИ) у детей, оперированных по поводу ДМЖП.

**Пациенты и методы.** Были обследованы 74 ребенка после адекватной коррекции ДМЖП в возрасте 3–17 лет. Медиана послеоперационного периода составила 6 [4; 11] лет. Частоту заболеваемости ОРИ оценивали путем опроса и с использованием амбулаторных карт. Среди детей, оперированных по поводу ДМЖП, 50 (67,6%) человек являлись часто болеющими детьми и переносили ОРИ более 4–6 раз за год. Анализ данных проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics версии 23.0.

**Результаты.** Среди всех факторов ( $n = 14$ ), включенных в анализ, с помощью бинарной логистической регрессии была выявлена зависимость возникновения частых ОРИ от наличия хронической патологии ЖКТ ( $p = 0,041$ ), сочетаний ДМЖП с другими врожденными пороками сердца (ВПС) (открытый артериальный проток (ОАП), дефект межпредсердной перегородки (ДМПП)) ( $p = 0,013$ ), нарушений ритма сердца (НРС) ( $p < 0,001$ ), срока послеоперационного периода ( $p = 0,002$ ), приверженности к регулярной физической активности ( $p = 0,031$ ). С помощью многофакторного анализа была построена регрессионная модель ( $p < 0,001$ ) для прогнозирования частых ОРИ у детей, оперированных по поводу ДМЖП, включающая такие факторы, как сочетание ДМЖП с другими ВПС (ОАП, ДМПП) ( $p = 0,018$ ; ОШ = 5,79, 95% ДИ 1,354–24,755), НРС ( $p = 0,009$ ; ОШ = 0,045, 95% ДИ 0,004–0,467), срок послеоперационного периода ( $p = 0,039$ ; ОШ = 0,844, 95% ДИ 0,719–0,991). Формула модели:

$$1/1+e^{-(3,56-3,098 \times \text{НРС}+1,756 \times [\text{сочетанный ВПС}]-0,169 \times [\text{срок послеоперационного периода]}}$$

По данным ROC-анализа предложенная модель демонстрирует большую предсказательную способность (AUC = 0,857, специфичность — 75%, чувствительность — 75,6%).

**Заключение.** Среди детей, оперированных по поводу ДМЖП, 67,6% были подвержены частым ОРИ. С помощью многофакторной логистической регрессии были выявлены прогностические факторы частых ОРЗ у данной категории пациентов, включающие сочетание ДМЖП с другими ВПС (ОАП, ДМПП), наличие НРС и срок послеоперационного периода.

## МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ

Якимович Н.И., Мирутко Д.Д.

*Белорусский государственный медицинский университет,  
Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Изменения со стороны общего анализа крови (лейкоцитоз, повышение (СОЭ), С-реактивного белка при инфекционных процессах не всегда определяют этиологию заболевания. Прокальцитонин (ПК) дает возможность использовать его в дифференциальной диагностике вирусных и бактериальных инфекций.

**Цель исследования.** Выявление значимого уровня ПК при различных инфекционных процессах для коррекции терапии и тактики ведения пациента.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов (137), поступивших в ДИКБ г. Минска в 2018–2021 гг. Возраст респондентов был от нескольких месяцев до 18 лет. Большой процент — дети от 1 до 3 лет, мальчики — 58%, девочки — 42%. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных компьютерных программ.

**Результаты.** Были изучены истории болезни детей с диагнозами: пневмония, сепсис, инфекционный мононуклеоз (ИМ), менингит, мультисистемный синдром, COVID-19. Показатель ПК при пневмонии был от 0,74 до 26,37 нг/мл, СРБ — от 55,3 до 291,5 мг/л. В ходе терапии снижение ПК в 7,8 раз, СРБ — в 4 раза. ИМ характеризовался повышением всех показателей, ПК — до 1,25 нг/мл или оставался в пределах нормы. 53% детей получали антибактериальную терапию (АБТ). К 6–10 дням лечения все показатели, кроме СОЭ, в пределах нормы. У детей с COVID-19 ПК — 1,22–2,51 нг/мл, СРБ — 13,4–167,8 мг/л, лейкоциты —  $5,04\text{--}13,03 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ — 5–56 мм/ч. Все они получали АБТ. В динамике: снижение ПК в 2,6, СРБ — в 4,3, СОЭ — в 2,2, уровень лейкоцитов увеличился вдвое. У пациентов с мультисистемным синдромом выявлены повышение СРБ, лейкопения, незначительное увеличение СОЭ. В первые дни ПК от 3,88 до 46,2 нг/мл, СРБ — от 64 до 157,7 мг/л; СОЭ — от 5 до 28 мм/ч. В 80% случаев АБТ проводилась с 1-го дня болезни, в 20% АБТ после определения ПК на 3-и и 4-е сут. Через 8 дней ПК снизился в 66,5 раз, СРБ — в 1,8. При менингите значения ПК от 0,2 до 142,6 нг/мл, СРБ — от 2,7 до 180 мг/л. 86% детей получали АБТ, на фоне которой ПК уменьшился в 519 раз, СРБ — в 8, лейкоциты в — 1,6. При сепсисе ПК 5,39–200 нг/мл, СРБ — 104–185 мг/л. Коррекция АБТ привела к снижению ПК в 32 раза, СРБ — в 14,5.

**Заключение.** Таким образом, ПК в диапазоне 0,05–0,1 нг/мл встречается часто при острых вирусных инфекциях; 1–0,5 нг/мл — при ИМ; 0,5–10 нг/мл — при пневмониях; 10–50 нг/мл — при сепсисе; более 50 нг/мл — при сочетанных бактериальных процессах. COVID-19 — 1–5 нг/мл. СРБ повышается при вирусной и бактериальной этиологии (разные уровни). ПК является эффективным для дифференциальной диагностики бактериальной инфекции, необходимости АБТ и ее коррекции.

## **ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ У ГЛУБОКОНЕДОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕОНАТАЛЬНУЮ РЕАНИМАЦИЮ, НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ**

**Яковенко М.П., Клещенко Е.И., Каюмова Д.А., Харченко В.Е.,  
Кулагина М.Г., Апалькова Е.П., Боровикова Е.В.**

*ФГБУО ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация*

**Актуальность.** Морфофункциональная незрелость органов и систем, нередко сопутствующая инфекционная патология в перинатальном периоде зачастую способствуют высокой заболеваемости недоношенных детей на первом году жизни.

**Цель исследования.** Оценить взаимосвязь между уровнем матриксной металлопротеиназы II типа в 38 нед постменструального возраста и заболеваемость острыми респираторными инфекциями в течение первых 12 мес скорректированного возраста.

**Пациенты и методы.** В исследование был включен 81 ребенок, рожденный с очень низкой массой тела. Всем детям после рождения требовалось лечение и выхаживание в условиях отделения реанимации. В 38 нед постменструального возраста (ПМВ) у детей определяли значения матриксной металлопротеиназы II типа (ММП II). В зависимости от уровня ММП II дети были разделены на две группы. В течение первых 12 мес скорректированного возраста (СВ) регистрировались частота острых респираторных инфекций (ОРИ), число осложнений ОРИ, требующих назначения антибактериальной терапии (АБТ) и госпитализации.

**Результаты.** Низкие показатели ММП II (менее 250 нг/мл) в 38 нед ПМВ определялись у 59 детей (I группа), высокие (более 250 нг/мл) — у 22 (II группа). Существенных различий по полу и гестационному возрасту между группами сравнения не регистрировалось. Достоверно значимых отличий в течение неонатального периода, а также состояния к моменту выписки между группами исследования не отмечалось. У большей части детей из группы с низкими значениями ММП II в 38 нед ПКВ (81,4%) регистрировалось от одного до трех эпизодов ОРИ, а у 15,2% — четыре и более эпизода ОРИ. В то же время среди детей с высокими значениями ММП II от одного до трех заболеваний в течение года отмечалось у 27,3%, а четыре у более эпизода — у 72,7%. Применение АБТ в связи с осложнениями ОРИ требовалось в 29,8% случаев у детей из I группы и в 36,4% — из II группы. Необходимость стационарного лечения также была в 2 раза выше среди детей с высокими значениями ММП II в 38 нед ПМВ в сравнении с детьми с низкими значениями ММП II (5,0 и 21,6%). В то же время регистрировалась сильная положительная корреляция между уровнем ММП II в 38 нед ПМВ и частотой ОРИ в первые 12 мес СВ.

**Заключение.** Уровень концентрации матриксной металлопротеиназы II типа в крови детей, рожденных с очень низкой массой тела, в 38 нед постменструального возраста обратно пропорционален частоте острых респираторных инфекции в течение первых 12 мес скорректированного возраста.



## СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ИНФЕКЦИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Ярец Ю.И.<sup>1</sup>, Солодкая Т.И.<sup>2</sup>, Козловский А.А.<sup>3</sup>, Новик Т.Д.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», Гомель, Республика Беларусь

<sup>2</sup> ГУЗ «Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника», Гомель, Республика Беларусь

<sup>3</sup> ГУО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь

**Актуальность.** Инфекции верхних дыхательных путей — наиболее распространенные острые заболевания в детском возрасте, одной из причин которых может быть гиповитаминоз D. Частые и затяжные респираторные инфекции верхних дыхательных путей у детей могут приводить к последующему формированию хронических болезней органов дыхания у взрослых, что обуславливает актуальность проблемы.

**Цель исследования.** Определить влияние гиповитаминоза D на формирование рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей у детей.

**Пациенты и методы.** Обследованы 158 детей на базе РНПЦ радиационной медицины и экологии человека (I группа — основная) и Гомельской центральной городской детской клинической поликлиники (II группа — контрольная). Основную группу составили 35 детей с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей, контрольную группу — 123 здоровых ребенка. Для оценки обеспеченности витамином D у детей методом конкурентного хемилюминесцентного иммуноанализа (CLIA) определяли уровень 25(OH)D — основного метаболита витамина D, отражающего его статус в организме.

**Результаты.** Средний возраст детей I группы составил  $6,23 \pm 0,54$  года, II группы —  $5,86 \pm 0,37$  года ( $p = 0,573$ ). У детей с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей среднее содержание метаболита витамина D в сыворотке крови составило  $26,20 \pm 1,55$  нг/мл. При этом у 1 ребенка (2,8%) диагностирован авитаминоз D (7,7 нг/мл), у 10 детей (28,6%) — дефицит витамина D ( $17,4 \pm 0,77$  нг/мл), у 12 (34,3%) — недостаточность витамина D ( $24,5 \pm 0,76$  нг/мл). 12 детей (34,3%) имели достаточный уровень 25(OH)D ( $36,8 \pm 1,33$  нг/мл).

У детей контрольной группы среднее содержание метаболита витамина D составило  $31,73 \pm 1,39$  нг/мл, что достоверно выше, чем в основной группе ( $p = 0,009$ ). У 2 детей (1,6%) выявлен авитаминоз D (средний уровень 25(OH)D — 7,9 нг/мл), у 22 детей (17,9%) диагностирован дефицит витамина D ( $17,21 \pm 1,39$  нг/мл), у 36 (29,3%) — недостаточность витамина D ( $28,42 \pm 1,12$  нг/мл). У 63 детей (51,2%) определялся достаточный уровень 25(OH)D.

**Заключение.** Среди причин рекуррентных респираторных инфекций у детей имеют значение дефицитные состояния и незрелость иммунной системы. Достоверно низкий уровень 25(OH)D в сыворотке крови у детей с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей позволяет рекомендовать назначение витамина D не только для ликвидации его дефицита и коррекции иммунитета, но и для снижения количества эпизодов и тяжести течения респираторных заболеваний.

## FEATURES OF REFRACTORY STATUS EPILEPTICUS IN CHILDREN

Calcii Cornelia<sup>1, 2</sup>, Hadjiu Svetlana<sup>1, 2</sup>, Sprincean Mariana<sup>1, 6</sup>, Feghiu Ludmila<sup>3</sup>, Calistru Iulia<sup>1</sup>, Calistru Andrei<sup>1</sup>, Constantin Olga<sup>1</sup>, Lupusor Nadejda<sup>1, 2</sup>, Cuznet Ludmila<sup>1</sup>, Griu Corina<sup>1</sup>, Revenco Ninel<sup>1, 2</sup>, Groppa Stanislav<sup>1, 4, 5</sup>

<sup>1</sup> Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

<sup>2</sup> Institute of Mother and Child Health Care, Chisinau, Republic of Moldova

<sup>3</sup> The national center of Epileptology, Chisinau, Republic of Moldova

<sup>4</sup> Department of Neurology

<sup>5</sup> Laboratory of Neurobiology and Medical Genetics, Chisinau, Republic of Moldova

<sup>6</sup> Department of Molecular Biology and Human Genetics, Chisinau, Republic of Moldova

**Introduction.** Status epilepticus (SE) is a life-threatening neurological emergency requiring urgent medical intervention and is associated with high mortality and morbidity.

**The aim:** of this research was evaluation of clinical and etiological profile of refractory status epilepticus (RSE) among children aged between 1 month and 18 years.

**Materials and methods.** The study was done between January 1, 2017 and December 24, 2019. All children with the age limits mentioned above, who presented convulsive SE, subsequently with development in RSE, were included in the study. Patients were investigated and evaluated according to a standard protocol. Subsequently, the characteristics of children with RSE and those without an evolution in RSE were compared.

**Results.** In the study were enrolled 55 children, out of whom 32 boys with SE, of which 20 children (36%) developed RSE. The most common causes of SE and development of RSE were CNS infections (51% in SE and 53% in RSE,  $p > 0.05$ ). As the second cause for evolution in RSE served noncompliance of antiepileptic medication. The overall mortality rate was 10.9%, the chances of death in RSE (20%) being higher than in SE (5.7%). In children with RSE the unfavorable prognosis was seven times higher, compared to children who developed SE (PR = 7.0; 95% CI:1.6–22.3).

**Conclusions.** Pediatricians should be aware of the high risk of developing RSE in the management of CNS infections. Adherence to the correct administration of antiepileptic medication should also be considered. In addition, the possibility of developing RSE should be considered and promptly managed in an intensive care unit in order to reduce the risk of mortality and morbidity of this severe neurological condition.

## MEDICAL CARE FOR CHILDREN WITH ALLERGIC PATHOLOGY IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

Ecaterina Stasii, Tatiana Gorelco, Olesia Nicu, Irina Moldovanu

*The State Medical and Pharmaceutical University after Nicolae Testemitanu, Chisinau, Republic of Moldova*

**Background:** Allergic diseases are recognized as a globally significant public health problem. According to the World Allergy Organization, globally, by 2025, the incidence of allergic diseases will reach 2.4 billion people. A high proportion of the increase in allergic diseases occurs in children and young people. The burden of allergic diseases is expected to increase significantly in the near future as these patients become adults.

**Objective:** To evaluate the features of medical care for children with allergic pathology and to identify the ways for improvement it in the Republic of Moldova.

**Material and methods:** The assessment of the state of allergic pathology among children was established on the basis of data from the National Center for Medical Statistics, and the activities of the department of pediatric allergy of the Institute of Mother and Child over the past 20 years were analyzed. An analysis was made of scientific research in the field of pediatric allergy over the past 20 years on the basis of the Institute of Mother and Child and the Department of Pediatrics of the State Medical and Pharmaceutical University after Nicolae Testemitanu. To assess the quality of personnel training, training programs at the level of pre- and postgraduate training of doctors were evaluated.

**Results.** Medical care for allergic children is provided at all levels, starting with the family doctor, pediatricians and allergists of consultative polyclinics and private centers, in district hospitals and at the tertiary level — in the consultative polyclinic and the Department of Pediatric Allergy of the Institute of Mother and Child. The inpatient care unit is deployed with 25 beds and has been operating for more than 35 years. About 67% of those hospitalized are patients in need of emergency care. Education on pediatric allergy is carried out on the basis of the department of allergy, where students, resident doctors, graduate students, and doctors are trained annually in continuing education courses.

Over the past 20 years, scientific research has been carried out in the field of diagnosis and treatment of food allergies, epidemiology using the international protocol ISAC (The International Allergy and Asthma in Childhood), the study of environmental determinants, integrated management of allergic diseases, atopic dermatitis. Studies have been conducted to assess the genetic risk factors for childhood asthma using the GMDR (Generalized Multifactor Dimensionality Reduction) Software. Molecular diagnostics of food allergy is carried out and the relationship with the quality of life of parents is determined, as well as the influence of psycho-emotional factors on the evolution of asthma in children

**Conclusions:** Based on the research conducted is need to develop a National Strategy for Improving the Management of Children with Allergic Pathology, which should include sections on improving clinical management of patients, improving the healthcare system and strengthening patient, family and community knowledge. Strengthening the participation of the general public, including the government, is essential. An important component is the improvement of communication skills among medical staff, the creation of websites for professionals and patients, and the observance of the rights of the child to access free and/or compensated diagnostics and treatment of allergic diseases in children.



## CLINICAL AND CYTOGENETIC POLYMORPHISM IN KLINEFELTER SYNDROME

Racoviță Stela<sup>1</sup>, Moșin Veaceslav<sup>1</sup>, Hadjiu Svetlana<sup>1, 2</sup>, Revenco Ninel<sup>1, 2</sup>, Sprincean Mariana<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> State University of Medicine and Pharmacy Nicolae Testemitanu, Chisinau, Republic of Moldova

<sup>2</sup> Institute of Mother and Child, Chisinau, Republic of Moldova

**Introduction.** Klinefelter's syndrome, the most common chromosomal abnormality with an incidence of 1 : 500–700 newborns with a male phenotype, is characterized by the additional presence of one (rarely several) X chromosome in boys.

**The aim.** Is to study the peculiarities of the clinical and cytogenetic polymorphism of Klinefelter Syndrome in different periods of ontogenetic development for an early diagnosis of children.

**Material and methods.** The study was performed on 73 children of pediatric age, selected during medical genetic counseling in the Center for Reproductive Health and Medical Genetics, having the following phenotypic selection criteria: developmental anomalies of the external genitalia — peno-scrotal hypospadias, micropenis, small testes, cryptorchidism, cranio-facial dysmorphism, waist high and disproportionate, hypogonadism, gynecomastia, mental retardation, psychosocial problems.

**Results.** Klinefelter's syndrome was confirmed cytogenetically in 32 patients. The most common cytogenetic variant diagnosed was homogeneous free trisomy 47,XXY (28 cases — 87.5%), followed by mosaic form (47,XXY/46,XY: 2 cases — 6.2%), polysomy X (variant 48,XXYY: 1 case — 3.1% and pentasomy — 49,XXXXY: 1 case — 3.1%). Most patients with variant 47,XXY classic and mosaic form showed mild to moderate mental retardation, language disorders with cognitive-verbal retardation, slow motor development, coordination disorders, immature behavior. In variants 48,XXYY and 49,XXXXY, moderate to severe mental retardation, severe cognitive-verbal retardation, severe behavioral problems. Most patients with Klinefelter Syndrome had been diagnosed in puberty (22 cases — 68.7%), 6 patients (18.7%) were diagnosed prepubertal, and only 4 patients (12.5%) were diagnosed during early childhood.

**Conclusions:** Early recognition of Klinefelter's syndrome, with cytogenetic and phenotypic heterogeneity, allows the initiation of the correct treatment, the prevention of complications and the minimization of the negative psychosocial impact. The cytogenetic variant of Klinefelter syndrome correlates with the severity of the clinical picture, being directly proportional to the number of supernumerary X chromosomes.

## IMMUNOENZYMATIC ASSESSMENT OF ANTIFOSPHOLIPIDIC ANTIBODIES IN ISCHEMIC STROKE IN

**Sprincean Mariana<sup>1, 2</sup>, Hadjiu Svetlana<sup>1, 2</sup>, Călcii Cornelia<sup>1, 2</sup>,  
Lupușor Nadejda<sup>1, 2</sup>, Grîu Corina<sup>1</sup>, Feghiu Ludmila<sup>1</sup>, Cuznet Ludmila<sup>1</sup>,  
Tihai Olga<sup>1</sup>, Groppa St.<sup>1, 3</sup>, Revenco Ninel<sup>1, 2</sup>**

<sup>1</sup> Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

<sup>2</sup> IMSP Mother and Child Institute, Chisinau, Republic of Moldova

<sup>3</sup> National Center for Epileptology, Chisinau, Republic of Moldova

**Introduction.** Early recognition of stroke in children involves rapid neurological consultation, hospitalization in stroke departments, to provide a management of diagnosis (brain imaging) and coherent etiological and pathogenetic treatment, to improve results. Research into the importance of immune markers in stroke has become current.

**The aim.** Purpose. Assessment of antiphospholipid antibodies (APA) in ischemic stroke (IS) in children to determine their role in early diagnosis and predictive factors of the disease.

**Materials and methods.** In 2017–2020, a prospective study was performed in the Republic of Moldova on 53 children with IS (study group — L.S.), in which, during the acute period of the disease, the serum levels (by ELIZA method) of APA were assessed. At the same time, this marker was appreciated in 53 children from the control group (L.C.).

**Results.** A mean level of  $1.37 \pm 0.046$  U/ml in L.S. compared to the mean level of  $0.92 \pm 0.021$  U/ml in L.C. In L.S. there was an increase of approximately 2.6 — fold increase in maximum APA values in children with stroke compared to LC, 1.7 — fold increase in mean and 1.6 — fold increase in minimum ( $F = 60,701$ ,  $p < 0.001$ ), which was suggestive of the presence of inflammation in children with acute stroke, but also of a state of hypercoagulability, attesting to the initiation of proactive thrombotic mechanisms for coagulation cascades and the promotion of cerebral ischemia

**Conclusions.** A statistically significant difference can be observed between the groups included in the study, by increasing the APA level in children with IS. Thus, APA can be considered an important marker in the onset and severity of the cerebral ischemic process.

# ЧАСТЬ II

## XII ФОРУМ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

### РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ В УСЛОВИЯХ ГУЗ «ДЕТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР Г. ЧИТЫ»

**Бобрякова М.С.**

*ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы»,  
Чита, Российская Федерация*

**Актуальность.** В условиях пандемии COVID-19 медицина столкнулась с рядом новых проблем, одной из которых является постковидный синдром. Основным принципом организации комплексной реабилитации детей после перенесенной вирусной инфекции COVID-19 является работа мультидисциплинарной реабилитационной команды.

**Цель исследования.** 1. Изучение функционального состояния организма ребенка с целью определения допустимого уровня объема и интенсивности предполагаемой дальнейшей реабилитации. 2. Оценка эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось на базе ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» методом изучения статистических данных, наблюдения, опроса.

**Результаты.** Разработанные на основе мультидисциплинарного подхода принципы определения индивидуальных реабилитационных программ могут быть использованы в качестве базовой составляющей при составлении конкретных программ реабилитации у детей в постковидном периоде. В этом случае повышается качество оказания медицинской помощи данному контингенту пациентов. Лечение предполагает проведение индивидуальных реабилитационных программ, включающих осмотр специалистов, физиолечение, лечебную физкультуру, массаж, занятия с психологом. В данном процессе важно участие медицинской сестры в расстановке приоритетов медицинской реабилитации, организации всего сестринского процесса, так как значительная часть процедур выполняется медицинскими сестрами.

**Заключение.** По результатам изучения функционального состояния организма ребенка в постковидном периоде с целью определения допустимого уровня объема и интенсивности предполагаемой дальнейшей реабилитации проведение ее в условиях ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» представляется обоснованным и целесообразным.



## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ГБУЗ ДГП № 133 ДЗМ**

**Королькова Е.Г.**

*ДГП № 133 ДЗМ, Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** В 2020–2021 гг. в ГБУЗ ДГП № 133 изменились подходы к оценке полноты проведенных профилактических осмотров и вакцинации прикрепленных детей. Внедрен междисциплинарный подход.

**Цель исследования.** Повысить эффективность профилактической работы участковой службы на основании дополнительного анализа медицинской карты пациента.

**Пациенты и методы.** Детское население Москвы в возрасте до 18 лет. Метод исследования — наблюдение и анализ данных.

**Результаты.** За 2021 г. в дневном стационаре получили медицинскую помощь более 306 маленьких пациентов, включая 45 детей-инвалидов. Наряду с выполнением пациентам необходимых лечебно-диагностических процедур тщательно анализировалась медицинская документация каждого ребенка на предмет полноты проведения профилактических осмотров и проведенных профилактических прививок. При отсутствии необходимых прививок либо профилактических осмотров в заключительный день пребывания ребенка в дневном стационаре проводилась вакцинация ребенка при необходимости либо направление к соответствующим специалистам. Все действия согласовывались с участковым врачом ребенка. На вакцинацию против коклюша были направлены 40 пациентов, на ВПЧ — 70 пациентов, против пневмококковой инфекции — 115 пациентов, ФЛГ — 80 пациентов. На профилактический осмотр были направлены 160 пациентов.

**Заключение.** В результате командной работы каждый ребенок, находящийся на обследовании в дневном стационаре, получил полный объем профилактических мероприятий.

## **СЕСТРИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ И ПРОВЕДЕНИИ КАЧЕСТВЕННОЙ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**

**Морозова А.И.**

*ГАУЗ «Краевая больница № 4», Краснокаменск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Известно, что широкое распространение инфекционных заболеваний ухудшает качество жизни, сокращает продолжительность жизни, а также ведет к гибели миллионов людей. Эффективным и безопасным способом предупреждения инфекционных заболеваний является вакцинопрофилактика. Наибольший объем этого процесса приходится на детский возраст. Наша задача — провести вакцинопрофилактику детям с наименьшим риском для их здоровья, исключить поствакцинальные осложнения. Поэтому чрезвычайно важны меры профилактики поствакцинальных осложнений.

**Цель исследования.** Определить ведущие мероприятия для совершенствования процесса вакцинации. Разработать документ с подробным пошаговым описанием алгоритма каждого этапа вакцинопрофилактики, которому может следовать сотрудник. Это будет являться ключом к обеспечению высоких стандартов и исключит ошибки, поствакцинальные реакции у детей.

**Пациенты и методы.** В нашей медицинской организации приказом главного врача ГАУЗ КБ № 4 назначены ответственные лица по обеспечению стандартизации в работе среднего медицинского персонала. Ведется работа по подбору актуальных тем стандартных операционных процедур (далее — СОП), которые охватывают каждый этап вакцинопрофилактики детей. Разрабатываются и утверждаются оптимальные алгоритмы, содержащие информацию о последовательности выполнения операций, для достижения требуемого уровня качества процесса, его результативности и эффективности. Проводится обучение медицинского персонала СОПам, внедрению их в деятельность для продуктивной и качественно выполненной работы. Оценка знаний и действий среднего медицинского персонала проводится по чек-листу при проверках и на зачетах.

**Результаты.** Разработанные СОПы объединяются в сборник, который не только стандартизирует, но и облегчает адаптацию новых сотрудников. И результат этого — качественная и своевременная иммунизация.

**Заключение.** Создание сборников СОП по вакцинопрофилактике детям стандартизирует действия каждого сотрудника, облегчая их работу и исключая ошибки. Дает возможность качественно проводить внутренние аудиты и быть защищенными перед внешними проверками.

## **КАСКАДНЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Опина О.Г.**

*ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», Чита,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** В современных условиях эффективность труда медицинского персонала во многом зависит от его профессионального совершенствования, что требует постоянного улучшения теоретической подготовки и практических навыков, поэтому повышение квалификации сотрудников в рамках непрерывного образования становится жизненно важными для сестринского персонала, чтобы гарантировать безопасность и компетентность сестринского вмешательства.

**Цель исследования.** Изучение и обобщение опыта работы ЗРОО «ПрофМедСпец» по перспективным направлениям образовательного процесса медицинских сестер и определение его эффективности как одной из основ повышения качества медицинской помощи.

**Пациенты и методы.** Исследование проведено среди 442 человек медицинского персонала со средним медицинским и высшим сестринским образованием ГУЗ ДКМЦ г. Читы. Использовались методы анкетирования, сбора информации, анализа.

**Результаты.** Одним из методов повышения квалификации является применение «каскадного» метода обучения персонала. Его суть состоит в том, что специалисты более высокого должностного ранга, прошедшие курс обучения или повышения квалификации, передают знания, полученные в ходе обучения, рядовым специалистам. Благодаря ЗРОО «ПрофМедСпец», являющейся провайдером образовательных мероприятий, аккредитованных в системе НМО, во исполнение программы, утвержденной в рамках непрерывного профессионального развития, происходит всестороннее динамическое обучение ключевых членов организации на конференциях, конгрессах, вебинарах, саммитах и семинарах, организуемых на региональном и федеральном уровне, с получением сертификатов и баллов, зачисляемых в образовательное портфолио в личном кабинете специалиста на сайте [nmfo-edu.rosminzdrav.ru](http://nmfo-edu.rosminzdrav.ru). Следующим этапом образовательного процесса является обучение руководителями сестринских служб персонала на местах с использованием разнообразных форм и методов обучения, в том числе посредством мастер-классов с подробной матрицей стандартов выполнения совместно с практическим показом и последующей отработкой практических навыков на муляжах, предоставленных ЗРОО «ПрофМедСпец» на безвозмездной основе, и сдачей зачета с оценкой навыков по чек-листу.

**Заключение.** Реализация каскадной технологии обучения персонала позволяет подготовить наиболее эффективно, в предельно короткие сроки максимальное количество специалистов. Совокупность профессиональных компетенций, знаний, опыта и навыков медицинской сестры, полученных в результате постоянного обучения, позволяет качественно осуществлять деятельность для выполнения поставленных задач. Все специалисты, подлежащие периодической аккредитации, подготовили и направили необходимый пакет документов для прохождения процедуры периодической аккредитации в Федеральный аккредитационный центр, отказа в приеме документов не было. Вырос средний балл сдачи экзамена на профессиональную компетенцию — с 4,3 до 4,8.

## ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ДЕТЕЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ К ЗАБОРУ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА В УСЛОВИЯХ СОХРАНЕНИЯ РИСКОВ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-19

Рогова М.Д.

*ГБУЗ ДГП № 133 ДЗМ, Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Забор биологического материала на SARS-CoV-2 для ПЦР-исследования является основной манипуляцией для диагностики COVID-19. Комфорт и доступность проведения этой методики во многом зависят от психологической подготовки ребенка и родителей.

**Цель исследования.** Оценить психоэмоциональное состояние детей при проведении забора биоматериала на SARS-CoV-2 методом ПЦР.

**Пациенты и методы.** Забор биоматериала на SARS-CoV-2 (мазок из зева) методом ПЦР.

**Результаты.** Забор материала проводили пациентам разных возрастных групп, которые были распределены по возрастам на 4 группы: I группа — девочки в возрасте до 12 лет, II группа — девочки от 12 до 18 лет, III группа — мальчики до 12 лет, IV группа — мальчики от 12 до 18 лет. В ходе опроса было выявлено, что 81% родителей детей I группы испытывают страх перед процедурой. Во II группе 85,7% девочек боялись проводимой процедуры и переживали перед исследованием. 17,6% детей III группы испытывали дискомфорт и неприятные ощущения во время проведения манипуляции. Особенностью IV группы являлось то, что в 70% случаев мальчики отказывались от присутствия родителей на время проведения забора биоматериала.

**Заключение.** В I группе подготовка к забору биоматериала должна включать беседу с родителями с разъяснением методики забора материала, цели исследования и ожидаемых результатов. Во II группе необходима более тщательная подготовка: беседа с родителями накануне визита к врачу и индивидуальный подход непосредственно во время проведения манипуляции. III группа детей не нуждается в длительной подготовке, за исключением ряда случаев, связанных с особенностями характера ребенка. Мальчики IV группы не нуждаются в особой подготовке в связи с высоким уровнем информированности и максимально положительным настроением подростка.

## ОПЫТ ПО ОБУЧЕНИЮ НАВЫКАМ ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ

Соловей О.А.

*ГАУЗ «Краевая больница № 4», Краснокаменск, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время от своевременности и качества проведения реанимационных мероприятий в родильном зале существенно зависит уровень смертности и инвалидизации новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии. Приблизительно 10% детей нуждаются в некоторой помощи при рождении для начала самостоятельного дыхания, из них только 0,5% детей проводятся расширенные реанимационные мероприятия, включающие вентиляцию через интубационную трубку, непрямой массаж сердца, введение медикаментов. Около 900 000 новорожденных ежегодно в мире умирает в результате тяжелой интранатальной асфиксии. Следовательно, оказание эффективной реанимационной помощи в родильном зале позволит улучшить исходы у новорожденных, родившихся в асфиксии.

**Цель исследования.** Выделить ведущие мероприятия при оказании первичной реанимационной помощи новорожденным в родильном зале, направленные на улучшение качества их жизни. Выявление уровня практических навыков.

**Пациенты и методы.** Были использованы ретроспективный анализ, статистический метод.

**Результаты.** На базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных перинатального центра ГАУЗ «Краевая больница № 4» действует мастер-класс «Оказание первичной реанимационной помощи новорожденным в родильном зале». Данный мастер-класс разработан в 2011 г. За время его существования было обучено в целом более 500 человек среднего медицинского персонала (акушеров, медицинских сестер и фельдшеров) г. Краснокаменска и Юго-Востока Забайкальского края. Освоение и отработка практических навыков осуществляется преимущественно на манекене новорожденного «Анна», который был предоставлена ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты» в 2010 г. По данной теме среднему медицинскому персоналу предлагаются решение ситуационных задач по оказанию первичной реанимации с использованием манекена новорожденного, а также отработка практических навыков: техника проведения масочной ИВЛ, непрямого массажа сердца, катетеризации пупочной вены и по окончании обучения — итоговое тестирование.

**Заключение.** Таким образом, отработка практических навыков по первичной реанимации новорожденных в родовом зале с использованием манекена новорожденного «Анна» способствует повышению теоретических и практических знаний у среднего медицинского персонала, что позволит оказывать адекватную, квалифицированную помощь при рождении детей в асфиксии, а в результате — снизить перинатальные потери и инвалидность детей.

## ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ПОСТОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Щеголева В.А.

*ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер»,  
Чита, Российская Федерация*

**Актуальность.** Во исполнение распоряжения № 1479 МЗ ЗК от 18 ноября 2019 г. в целях реализации национального проекта «Здравоохранение», развития медицинской отрасли, повышения уровня удовлетворенности населения качеством медицинской помощи, повышения уровня знаний у специалистов по технологиям «Бережливого производства», вовлечения работников в процесс непрерывных улучшений рабочих мест в рамках имеющихся ресурсов медицинской организации, увеличения эффективности деятельности специалиста с высшим, средним медицинским и фармацевтическим образованием через рациональное использование рабочего времени, уменьшения воздействия рисков, отрицательно влияющих на лечебно-диагностический процесс, повышения рейтинга медицинского учреждения, повышения профессионализма, мотивации на создание пациент-ориентированной системы оказания медицинских услуг и благоприятной производственной среды для медицинского персонала, повышения имиджа медицинских работников, содействие развитию новых технологий в сестринской помощи, а так же стимулирования личной заинтересованности медицинского работника в улучшении организации рабочего места.

**Цель исследования.** Оптимизировать рабочее пространство, повысить удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи, стандартизировать лечебный процесс, снизить запасы ЛП в отделении на 15–20%, обеспечить лекарственную безопасность, разделить функции внутри персонала, разделить таблетки, традиционно используемые в детской практике, для подбора необходимой дозы препарата, если лекарственная форма с требуемой дозой недоступна.

**Пациенты и методы.** Исследование проходило на базе ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер» (детское отделение) г. Читы методом тактического плана имеющихся проблем с реализацией анализа и правил внедрения системы 5S.

**Результаты.** Использование метода 5S с учетом имеющейся нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения повышает управляемость рабочим пространством и создает условия для эффективной работы медицинского персонала с учетом рекомендуемых принципов бережливого производства.

Для улучшения выстроили рабочий процесс таким образом, что сократили потери на перемещение, тем самым высвободили полезное время у медицинской сестры и облегчили ей нагрузку.

В процессе работы использовали сигнальную карточку, благодаря которой снизили лекарственные препараты на посту м/с до минимального запаса, а также усилили контроль за сроком годности лекарственных препаратов и составили заявки в потребности лекарственных препаратов в необходимые сроки.

Провели картирование ПСЦ с анализом текущего состояния процессов, используя инструменты бережливого производства: диаграмма Исикавы, метод «Спагетти», Канбан, фотофиксацию.

Сократили время деления лекарственного препарата при соблюдении регламента его получения ухаживающими без риска, связанного с выдачей ЛП.

**Заключение.** В результате проведенной работы в «Забайкальском краевом онкологическом диспансере» (детское отделение) г. Читы внедрили метод «Бережливого производства», а также оптимизировали работу постовой медицинской сестры.



# СОДЕРЖАНИЕ

## Часть I

<i>Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К., Сагатбаева Н.А., Умбетова Л.Ж.</i> Состояние новорожденных, родившихся от матерей с подтвержденным COVID-19 . . . . .	1
<i>Абдуллаева Г.М., Хайрулина Н.Р.</i> Состояние здоровья недоношенных детей на первом году жизни (по данным кабинета катамнеза) . . . . .	2
<i>Абрамов А.В., Тихонова Н.В., Панкова О.Ф.</i> Патология органа зрения у дошкольников с психическими расстройствами . . . . .	3
<i>Абрамова Е.В., Малинина Е.И., Мамон В.В., Топчиу И.Ф.</i> Особенности организации вакцинации детей в условиях Заполярья . . . . .	4
<i>Алекина В.Н., Баштакова Е.А., Пономарева М.Н.</i> Клинико-статистический анализ ювенильного идиопатического артрита, ассоциированного с поражением глаз . . . . .	5
<i>Алискандиев А.М., Алискандиева З.А., Абдулмуслимов М.Т., Абакаров С.С.</i> COVID-19 у детей по данным ГКДБ г. Махачкалы . . . . .	6
<i>Анисимова А.В., Балашова Е.А.</i> Физическое развитие трансфузионно-зависимых детей на фоне современной хелаторной терапии . . . . .	7
<i>Антонова Д.А., Васильева Е.И., Степанова Н.М., Горбунова Л.Г.</i> Укушенные травмы детей и подростков . . . . .	8
<i>Арзикулов А.Ш., Абдумухтарова М.К., Арзибеков А.Г., Арзикулова Д.А.</i> Эпидемиология акцентуации характера у подростков узбекской популяции . . . . .	9
<i>Барычева Л.Ю., Идрисова А.С., Кузьмина Е.С., Межидов К.С., Хачирова Л.С.</i> Диагностическая значимость провоспалительных интерлейкинов для диагностики церебральных повреждений у новорожденных . . . . .	11
<i>Батян Г.М., Булдык Е.А., Миклашевская Т.А.</i> Нарушения ритма и проводимости у детей с коронавирусной инфекцией . . . . .	12
<i>Белкова Т.Н., Оксеньчук Т.В., Дворжецкая О.В., Воронкова М.А., Русинова Т.Г.</i> Анализ течения ретинопатии у недоношенных, находившихся на выхаживании в Омском перинатальном центре . . . . .	13
<i>Белкова Т.Н., Оксеньчук Т.В., Голованова Ю.Е., Константинова А.Ю., Храпов Д.В., Афанасьев М.В., Бегжанова А.Х.</i> Перинатальные аспекты выхаживания глубоконедоношенных новорожденных в Омском перинатальном центре . . . . .	15
<i>Белых Н.А., Пизнор И.В., Иешкина М.Н., Деева Ю.В., Захарова А.В., Бурдукова А.О., Макаркина Е.П., Раева Г.Ф., Авдошин В.А.</i> Клинический случай кожного мастоцитоза в практике врача-педиатра . . . . .	17
<i>Белых Н.А., Пизнор И.В., Анижеева Н.А., Деева Ю.В., Сологуб М.А., Бурдукова А.О., Макаркина Е.П., Раева Г.Ф., Авдошин В.А.</i> Исследование осведомленности родителей детей, страдающих бронхиальной астмой, о факторах, влияющих на эффективность базисной терапии . . . . .	18
<i>Бец О.Г.</i> Респираторная патология у новорожденных от матерей, перенесших COVID-19 во время беременности . . . . .	19
<i>Богормистрова В.А., Шестакова В.Н., Удовенко А.А., Свобода П.Н.</i> Адаптационные возможности детей, проживающих в приемных семьях . . . . .	20
<i>Бомберова Л.А., Безлер Ж.А., Меньшикова Е.А.</i> Опыт оказания паллиативной медицинской помощи детям с нейромышечными заболеваниями . . . . .	21
<i>Бордюгова Е.В., Дубовая А.В., Катрич Н.В.</i> Синдром Вильямса: двенадцатилетний катамнез . . . . .	22
<i>Бочарова О.В., Теплякова Е.Д., Абд Али Алаа Хашим, Шкурат Т.П., Карантьиш Г.В.</i> Взаимосвязь генов FTO, PON1, BDKRB2 у детей и подростков с ожирением в г. Ростове-на-Дону . . . . .	23
<i>Бурлуцкая А.В., Савельева Н.В.</i> Внебольничная пневмония у подростков . . . . .	24
<i>Бухарина К.А., Крымская О.С., Фалина О.А.</i> Значимость ранней диагностики орфанного заболевания в практике участкового врача-педиатра (клинический случай) . . . . .	25
<i>Вавилина А.И., Юрьян Е.А., Кузьмина О.А., Мячин Н.Л., Щербина В.А., Зарипова Ю.Р.</i> Первичные новообразования головного мозга у детей . . . . .	26
<i>Вавилова В.П., Вавилов А.М., Черкаева А.Х.</i> Характеристика детей с рецидивирующими респираторными инфекциями в сочетании с хронической патологией носоглотки . . . . .	27
<i>Ваганов Н.Н.</i> Педиатрическая служба России в период пандемии COVID-19 . . . . .	28

<i>Варламова Т.В., Хомякова Е.В.</i> Непрерывное мониторирование глюкозы как способ мотивации к компенсации сахарного диабета 1-го типа .....	29
<i>Вешкурцева И.М., Кузнецова Н.Е., Извин А.И., Пономарева М.Н., Баринов А.Л., Кузнецова Т.Б.</i> Этиология острого гнойного среднего отита у детей в современных условиях .....	30
<i>Виноградова Т.В., Касаткин Д.С.</i> Влияние рассеянного склероза матери на формирование психомоторных навыков у детей первого года .....	31
<i>Власенко Н.Ю., Демдоуми Н.Ю., Павлинова Е.Б., Шевченко С.А., Битаутене А.С.</i> Результаты исследования уровня витамина D у детей и подростков Омской области .....	32
<i>Водовозова Э.В., Леденева Л.Н., Григорьянц И.С.</i> Особенности заместительной ферментотерапии при муковисцидозе у детей Ставропольского края .....	33
<i>Водовозова Э.В., Леденева Л.Н., Пустабаева М.С., Товкань Е.А., Захарова Е.Ю., Бутова В.В.</i> Особенности течения идентифицированного COVID-19 у новорожденных детей .....	34
<i>Войцеховская Т.О., Милованова К.Г., Черняховская Д.В., Иванова П.О., Желев В.А.</i> Характеристика параклинических показателей у новорожденных в неонатальный период, от матерей, перенесших COVID-19 в период беременности .....	35
<i>Волгина С.Я., Ахмадеева А.А., Хаялутдинова Л.Р., Гилмуллина Ф.С.</i> Особенности клинического течения токсокароза у детей в практике врача-педиатра .....	36
<i>Волкова М.О., Жердев К.В.</i> Тактика оперативного лечения сгибательных контрактур коленных суставов у детей с ДЦП .....	37
<i>Воробьева Е.А., Филькина О.М., Долотова Н.В., Малышкина А.И.</i> Особенности антропометрических показателей новорожденных при использовании различных вспомогательных репродуктивных технологий .....	38
<i>Воротицкова Н.А., Черненко Ю.В.</i> Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей: особенности эмоционально-личностной сферы .....	39
<i>Выходцева Г.И., Киричек Е.Ю., Колесникова О.И., Скударнов Е.В., Зенченко О.А.</i> Показатели мочевого осадка и уровень NGAL плазмы крови у детей при острых кишечных инфекциях, осложненных токсокозом с экзиконом II степени .....	40
<i>Вялкова А.А., Гунькова Е.В.</i> Цистатин С у детей-реконвалесцентов гемолитико-уремического синдрома .....	41
<i>Гаврилюк О.И., Баштакова Е.А., Горохова Н.Е., Ушакова С.А., Халидуллина О.Ю., Габараева Н.С., Ваганова А.Е., Ишбулдин А.А., Пшеничникова М.В., Барышников М.А.</i> Трудный диагноз: пигментный виллонодулярный синовит в практике врача-педиатра .....	42
<i>Галашевская А.А., Почкайло А.С., Руденко Э.В., Борисенко Т.Д.</i> Возрастные и гендерные особенности статуса обеспеченности витамином D детей с детским церебральным параличом .....	43
<i>Галашевская А.А., Почкайло А.С., Водянова О.В., Чепурок Д.А., Сосновская Е.И.</i> Состояние минеральной плотности костной ткани у детей с детским церебральным параличом, не способных к самостоятельному передвижению .....	44
<i>Галькевич Н.В.</i> Оценка эффективности желатина танната в лечении острых кишечных инфекций у детей .....	45
<i>Ганузин В.М., Чирков А.Н., Кисельникова О.В.</i> Врачебная профессиональная консультация подростков с инфекционными заболеваниями мочевыделительной системы .....	46
<i>Ганузин В.М., Масков Г.С., Ганичева Н.П.</i> Медико-социальная и трудовая реабилитация подростков с патологией нервной системы .....	47
<i>Гасимова Е.А.</i> Диагностическое значение определения альвеолярно-артериального градиента кислорода у недоношенных новорожденных в критическом состоянии .....	48
<i>Гидаятова Л.А., Гасанова Н.С., Сафарова И.А., Мамедова С.Н.</i> Особенности легочной патологии при системной красной волчанке у детей в Азербайджанской Республике .....	49
<i>Гидаятова Л.А., Мамедова Ф.М., Гаджиева У.К.</i> Некоторые аспекты внекишечных проявлений язвенного колита у детей в Азербайджанской Республике .....	50
<i>Гмошинская М.В., Сафронова А.И., Алешина И.В., Тоболева М.А.</i> Ретроспективное изучение пищевого поведения у детей в различных регионах РФ .....	51
<i>Голикова Н.М., Иванов С.В.</i> Коронавирусная инфекция у новорожденных и развитие сопутствующих заболеваний .....	52
<i>Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю.</i> Патогенетические аспекты симптоматической артериальной гипертензии при гипоталамическом синдроме пубертатного периода .....	53
<i>Голубева С.В., Румянцева Н.В., Зобикова О.Л., Гусина А.А., Тукан Д.А.</i> Синдром Нунав у новорожденного с мутацией в гене RTPN11 .....	54

<i>Гончарова Т.А., Федорова Н.Г., Брем Н.А.</i> Клинический случай энцефаломиелополирадикулонейропатии с вялым тетрапарезом у ребенка 8 лет. . . . .	55
<i>Горбач Л.А.</i> Сколько стоит диагностика и лечение туберкулеза у ребенка? . . . . .	57
<i>Горбунова Г.Д.</i> Медико-социальные аспекты качества жизни детей трудовых мигрантов Молдовы . . . . .	58
<i>Горелик Е.А., Малявская С.И.</i> Современное детство в руках цифровой эпохи. Теория, исследование в Арктическом регионе, пути профилактики. Взгляд педиатра . . . . .	59
<i>Горелова Л.Е., Шелкова В.Н.</i> Пресня: территория инноваций в охране детства и район проведения форумов Союза педиатров России . . . . .	60
<i>Грищинская В.Л.</i> Нутритивный статус учащихся, проживающих в различных регионах России . . . . .	61
<i>Гурбанова Г.М., Мамедбейли А.К.</i> Изменения содержания нейронспецифической енолазы и белка S-100 у новорожденных с судорогами . . . . .	62
<i>Дакуко А.Н., Кунгурцева А.Г., Каук А.В., Деревянко О.С., Соколова Е.С.</i> Анализ работы нового педиатрического отделения БУЗОО «Областная детская клиническая больница» г. Омска за 2021 год. . . . .	63
<i>Дворжецкая О.В., Белкова Т.Н., Ходинская А.В., Романко Н.В., Маначкина Ю.В., Кайгородцева А.А., Воронкова М.А., Проскурякова И.С.</i> Организация реабилитационных мероприятий новорожденным в Омском областном перинатальном центре. . . . .	64
<i>Девлетбиева М.Р., Балашова Е.А.</i> Особенности манифестации острого лимфобластного лейкоза у детей и подростков . . . . .	65
<i>Девялтовская М.Г., Козловский Д.А., Никитченко Д.Ю., Крамко Д.А.</i> Особенности клеточного звена иммунитета недоношенных детей. . . . .	66
<i>Демяненко А.Н., Алимова И.Л., Агеев А.В., Безрученкова А.В.</i> Особенности дебюта сахарного диабета 1-го типа у детей в период неблагоприятной эпидемиологической ситуации, вызванной дельта-штаммом новой коронавирусной инфекции COVID-19. . . . .	67
<i>Долгополов И.С., Рыков М.Ю., Менткевич Г.Л.</i> Лечение детей и подростков с опухолями семейства саркомы Юинга высокого риска . . . . .	68
<i>Долотова Н.В., Филькина О.М., Воробьева Е.А., Кочерова О.Ю.</i> Цифровые технологии в образовательном процессе как фактор риска формирования нарушений зрения у детей . . . . .	69
<i>Домбаян С.Х., Панова И.В.</i> Влияние гендерного фактора и показателей физического развития на уровень нейронспецифической енолазы у детей I–II групп здоровья . . . . .	70
<i>Донникова Н.А., Мещеряков В.В.</i> Эпидемиологические особенности муковисцидоза у детей ХМАО — Югры по данным регионального регистра (2012 по 2021 г.) . . . . .	71
<i>Доркина И.Л., Ашихмина Е.П., Измайлова А.А.</i> К вопросу альбинизма в Тюменской области . . . . .	72
<i>Доркина И.Л., Лебедева К.А., Сусоева М.Е.</i> Пилотное исследование пациентов с аниридией в Тюменской области . . . . .	73
<i>Дубовая А.В., Лимаренко М.П., Дудчак А.П., Бордюгова Е.В.</i> Педагогические инновации в образовательной деятельности слушателей и студентов на кафедре педиатрии № 3 . . . . .	74
<i>Дубровская И.В., Кузнецова Т.А., Турович И.В.</i> Оценка нутритивного статуса детей с бронхиальной астмой на этапе реабилитации . . . . .	75
<i>Елизарьева Л.А., Галактионова М.Ю., Строзенко Л.А., Лобанов Ю.Ф.</i> Анализ генетических полиморфизмов генов факторов свертывания крови и генов фолатного обмена в центре здоровья для детей . . . . .	76
<i>Енина Е.А., Кириченко А.И., Водовозова Э.В., Леденева Л.Н., Быков В.О., Белаиш Т.А., Григорьянц И.С., Пустабаева М.С.</i> Применение препарата ингаляционного маннитола у пациентов с муковисцидозом . . . . .	77
<i>Ермакова В.С., Малето Е.М., Русинова Д.С.</i> Случай дебюта сахарного диабета 1-го типа после перенесенной COVID-19 . . . . .	78
<i>Ескина С.П., Исаева Е.П., Трошина В.В.</i> Клинические рекомендации в практике педиатра клинко-диагностического центра: анализ значимости критериев оценки качества диспансерного наблюдения . . . . .	79
<i>Ёлшин В.Н., Фомина И.В., Починок Е.М.</i> Факторы риска и причины рождения недоношенных детей . . . . .	80
<i>Жекайте Е.К., Кондратьева Е.И., Максимычева Т.Ю., Фатхуллина И.Р., Алексеева Ю.О.</i> Показатели минеральной плотности у детей с муковисцидозом Московской области . . . . .	81
<i>Жемойтяк В.А., Васьюк Т.П., Шапель А.В., Эйсмонт Я.Ч., Кравцевич-Мякишева О.Г., Лецинская М.Р.</i> Витамины С и D в профилактике сахарного диабета 1-го типа у детей . . . . .	82
<i>Закирова А.М., Рашитова Э.Л., Зарипов И.Р.</i> Состояние здоровья детей, рожденных от матерей, страдающих зависимостью от психоактивных веществ . . . . .	83

<i>Закирова А.М., Самороднова Е.А., Караманян О.В.</i> Клинико-рентгенологические особенности течения внебольничных пневмоний у школьников . . . . .	84
<i>Зарипова Ю.Р., Подборная А.О.</i> Взгляд ребенка и его родителя на внешний имидж врача . . . . .	85
<i>Змановская В.А., Тропина Е.П., Шайтарова А.В., Перфилова О.В., Ушакова С.А.</i> Региональный регистр детей, нуждающихся в паллиативной помощи (на примере Тюменской области) . . . . .	86
<i>Зобикова О.Л., Зимовина Т.С.</i> Эмбриональная рабдомиосаркома у пациента с синдромом Костелло . . . . .	87
<i>Ибрагимова Ю.Н., Вахлова И.В., Цап Н.А., Федотова Г.В.</i> Врожденная диафрагмальная грыжа: материнские особенности и статус новорожденного . . . . .	88
<i>Идрисова А.С., Кузьмина Е.С., Барычева Л.Ю., Кузнецова В.В.</i> Патогенетическое значение провоспалительных цитокинов при гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденных . . . . .	89
<i>Исаева Е.П., Зайцева О.В., Зябкин И.В., Муртазаева О.А., Локшина Э.Э., Зайцева С.В.</i> Уровень тревожности у детей и подростков с расстройствами вегетативной нервной системы . . . . .	90
<i>Исмаилова М.А., Ходжамова Н.К.</i> Особенности клинического состояния новорожденных детей, рожденных от матерей с артериальной гипертензией . . . . .	91
<i>Исмаилова Э., Джамбекова Г.С., Левицкая Ю., Гариб В., Кацамаки С., Магбулова Н., Исматова М., Хаитбаева М.</i> Этиологическая структура сенсбилизации детей Узбекистана . . . . .	92
<i>Кайб И.Д., Халидуллина О.Ю., Ушакова С.А., Петрушина А.Д., Патрашков Д.М., Кузнецов И.С., Ваганова А.Е., Селиванов О.К., Самсонов Н.С.</i> Новая коронавирусная инфекция у детей. Клиническая характеристика за 2020 г. . . . .	94
<i>Камилова А.Т., Умарназарова З.Е., Абдуллаева Д.А., Геллер С.И.</i> Активность антимикробных пептидов у детей с целиакией: есть ли зависимость от проницаемости кишечника? . . . . .	95
<i>Капралова А.М.</i> Показатели маркеров оксидантного стресса при бронхитах у детей . . . . .	96
<i>Каримуллин Г.А., Мингалева Н.С., Черепяхина Ю.А.</i> Детский церебральный паралич на амбулаторном приеме. Опыт использования современных шкал и опросников в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» . . . . .	97
<i>Карханина В.А., Водовозова Э.В., Леденева Л.Н., Быков В.О.</i> Постнатальная характеристика врожденных пороков сердца у детей Ставропольского края . . . . .	98
<i>Кацамаки С.П., Гариб В.Ф., Гариб Ф.Ю., Пахомова Ж.Е., Джамбекова Г.С., Левицкая Ю.В., Брюхов А.А., Захидова Н.Э., Рахметова М.Т., Бус Г.В., Карамова К.С.</i> Иммуноглобулины крови и молока коровы, иммунизированной рекомбинантной вакциной против SARS-CoV-2 человека . . . . .	99
<i>Кашинская Т.С., Шахова Н.В.</i> Ассоциация уровня специфических иммуноглобулинов Е к аллергенам и энтеротоксинам золотистого стафилококка со степенью тяжести атопического дерматита у детей 3–6 лет . . . . .	100
<i>Кашляк О.С., Зайцев Д.В., Лазарчик И.В., Ненартович И.А.</i> Использование гастростомы у детей паллиативного наблюдения в Минской области . . . . .	101
<i>Кетова О.Н., Мауль С.А., Голубева А.Н.</i> Портрет недоношенного ребенка, рожденного от мамы, перенесшей COVID-19 во время беременности . . . . .	102
<i>Ким А.В., Гончар Н.О., Шарафутдинова Л.Л., Ерина М.Ю.</i> Медико-социальные особенности формирования распространенности болезней системы кровообращения среди допризывников в условиях мегаполиса . . . . .	103
<i>Ким А.В., Башкетова Н.С., Шарафутдинова Л.Л., Катаева И.С.</i> Особенности формирования инфекционной заболеваемости детского населения мегаполиса . . . . .	104
<i>Ким Л.В., Желев В.А., Романова А.А.</i> Опыт лечения некротизирующего энтероколита в Томской области . . . . .	105
<i>Киргизов К.И., Ердумаева Я.А., Сагоян Г.Б.</i> Разработка паспортов служб детской онкологии-гематологии Российской Федерации и стран СНГ . . . . .	106
<i>Кисельникова Е.А., Кисельникова О.В., Мозжухина Л.И., Тейф В.А., Панова Е.А., Снизирев А.А.</i> Гипербилирубинемия у детей раннего возраста . . . . .	107
<i>Коваленко Д.В., Шуматова Т.А., Приходченко Н.Г., Григорян Л.А.</i> Изучение генов фолатного цикла у детей с пищевой аллергией . . . . .	108
<i>Кожевников О.В., Кралина С.Э., Грибова И.В.</i> Современные подходы к хирургическому лечению патологии тазобедренного сустава у детей . . . . .	109
<i>Кожевников В.А., Елькова Д.А.</i> Воспалительная миофибробластическая опухоль легких у детей . . . . .	110
<i>Кожевникова Л.А., Сметанина С.А., Горехова Н.Е.</i> Этиологическая и клиническая характеристика анемий тяжелой степени у детей грудного и раннего возраста . . . . .	111



<i>Козаренко В.Г., Корсунова Т.Ф.</i> Оценка эффективности использования экспресс-теста СРБ в амбулаторной практике у детей с острой респираторной патологией. ....	112
<i>Козловская Е.О., Козловский А.А. (мл.)</i> Особенности инфекции мочевой системы у детей Беларуси .....	113
<i>Козловский А.А., Тимошенко Е.Н., Грибанов А.В.</i> Оценка здоровья детей школьного возраста. ....	114
<i>Козловский А.А., Батт Т.А., Блохин М.Р.</i> Анализ структуры абдоминального болевого синдрома у детей Гомельской области .....	115
<i>Козловский А.А., Кравченко А.Д., Власюк А.О.</i> Физическое развитие детей-первоклассников .....	116
<i>Козловский Д.А., Козловский А.А., Кравченко А.Д., Власюк А.О.</i> Характеристика показателей физического развития детей первого года жизни в зависимости от вида вскармливания .....	117
<i>Колесникова О.И., Выходцева Г.И., Сероклинов В.Н., Мироненко И.И., Скударнов Е.В., Миллер В.Э., Прокотьева Е.Л., Журавлева Н.А., Снигирь О.А., Рябова Ю.Г., Теплякова М.Н.</i> Маски синдрома артериальной гипертензии у детей .....	118
<i>Кольцова Н.С., Захарова Л.И., Давлекова Г.Р.</i> Неонатальная адаптация новорожденных от матерей с SARS-CoV-2 в зависимости от состояния фетоплацентарного комплекса .....	119
<i>Кочерова О.Ю., Филькина О.М., Долотова Н.В.</i> Адаптация детей раннего возраста к замещающей семье: динамика эмоционально-поведенческих нарушений .....	120
<i>Крымская О.С., Бухарина К.А., Фалина О.А.</i> Пациент на стыке специальностей в педиатрии .....	121
<i>Кудрякова Г.Д., Козаренко В.Г.</i> Диагностика дефицита декарбоксилазы ароматических аминокислот (ADDCd) у ребенка с дегенеративным заболеванием нервной системы .....	122
<i>Кузнецов А.С., Кралина С.Э., Кожевников О.В.</i> Первый опыт применения методики временного блокирования зон роста у детей после оперативных вмешательств на тазобедренном суставе .....	123
<i>Кузьминых А.А., Васильева Е.И., Омолоева Т.С.</i> Железодефицитная анемия у подростков на педиатрическом участке .....	124
<i>Кулакова Г.А., Соловьева Н.А., Курмаева Е.А.</i> Особенности преподавания педиатрии в период пандемии COVID-19 .....	125
<i>Кулешова О.К.</i> Клинико-анамнестические особенности хронических запоров у детей .....	126
<i>Курмачева Н.А., Черненко Ю.В., Свиарев М.Ю., Гуменок О.И., Зайцева Г.В., Андреева А.Н., Блохина Я.А.</i> Информированность подростков о проблеме йодного дефицита в России и способах йодной профилактики .....	127
<i>Куртанидзе Ю.И., Холмогорова Н.И., Пекарец Н.А.</i> Оценка влияния внеурочной деятельности на гармоничность развития детей младшего школьного возраста .....	128
<i>Куценко Л.В., Вялкова А.А., Савельева Е.В., Чеснокова С.А., Мещерякова А.И.</i> Мочевой липокалин — предиктор вторичных нефропатий при эндокринных заболеваниях у детей .....	129
<i>Кучкина А.Ю., Сметанина С.А.</i> Особенности пищевого поведения в семье ребенка с ожирением .....	130
<i>Кушнир С.М., Антонова Л.К.</i> Социальная значимость донорологических состояний в формировании здоровья подростков .....	131
<i>Лазарева А.Н., Тихонович Ю.В., Рыбкина И.Г., Воронцова И.Г., Путилина Е.А., Петрайкина Е.Е.</i> Особенности течения впервые выявленного сахарного диабета 1-го типа у детей с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) .....	132
<i>Лазаревич А.А., Мясников С.О.</i> Асфиксическая торакальная дисплазия, обусловленная мутациями в гене DYNC2H1 .....	133
<i>Лазаревич А.А.</i> Спектр врожденных пороков сердца, диагностируемых у плодов в I триместре. ....	134
<i>Латышев Д.Ю., Лобанов Ю.Ф., Орехова А.К.</i> Сравнительная характеристика качества жизни детей с эрозивной и неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью .....	135
<i>Лимаренко М.П.</i> Гастрокардиальный синдром у детей и подростков с дисплазией соединительной ткани .....	136
<i>Лисихина Н.В., Галактионова М.Ю.</i> Особенности состояния здоровья и постнатальной адаптации детей, родившихся от наркозависимых матерей .....	137
<i>Лисихина Н.В., Галактионова М.Ю., Лисихин И.С., Протасов С.И.</i> Сравнительный анализ отношения обучающихся подростков средних специальных учебных заведений к незаконному употреблению наркотических средств и психотропных веществ .....	138
<i>Лохтина Л.Ю.</i> Случай нейродегенерации с накоплением железа в головном мозге у ребенка .....	139
<i>Луценко В.В., Симатова Е.С., Русинова Д.С.</i> Клинические случаи менингококцемии у детей в возрасте до 1 года с летальным исходом .....	140
<i>Любарская С., Раба Т., Тихай О.</i> Поражение печени при COVID-19 у детей .....	141

<i>Любина Т.А., Желев В.А., Королев Е.В., Окоороков А.О.</i> Особенности метаболических и морфологических изменений у доношенных новорожденных на фоне проведения общей гипотермии, перенесших тяжелую асфиксию . . . . .	142
<i>Маклакова О.А., Штина И.Е., Валина С.Л.</i> Особенности развития остеопенического синдрома у детей школьного возраста . . . . .	143
<i>Максимычева Т.Ю., Кондратьева Е.И.</i> Результаты коррекции недостаточности питания у детей с муковисцидозом с использованием гиперкалорийной смеси для энтерального питания: когортное исследование . . . . .	144
<i>Малинина Н.В., Малюгина Т.Н., Сердюков А.Ю., Матвеева М.А.</i> Исходы госпитальных случаев ОРВИ в зависимости от наличия антибиотикотерапии на госпитальном этапе . . . . .	145
<i>Малюга О.М., Скударнов Е.В., Дорохов Н.А., Медведева Е.Ю., Бердников А.П.</i> Особенности начального периода пневмонии у детей с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 . . . . .	146
<i>Мамедова И.А., Мусаев С.Н., Мамедова С.Н.</i> Экзокринная функция поджелудочной железы у детей при системной красной волчанке . . . . .	147
<i>Мамедова С.Н., Мусаев С.Н.</i> Трудности ранней диагностики ювенильного ревматоидного артрита . . . . .	148
<i>Мамедова Ф.М., Гидаятова Л.А., Таги-заде Т.Г., Гаджиева У.К.</i> Особенности течения постковидного периода у детей с гипермобильным синдромом . . . . .	149
<i>Мамчиц Л.П., Шлянина Д.В., Боярская А.Ю.</i> Особенности психоэмоционального и функционального состояния организма студентов в условиях пандемии COVID-19. . . . .	150
<i>Мамчиц Л.П., Лапицкая М.Ю.</i> Гигиеническая оценка бюджета времени и компонентов режима дня старшеклассников. . . . .	151
<i>Маркова Е.Ю., Полянская Е.Г., Шолохова В.Р., Краснова Е.О.</i> Особенности хирургического лечения катаракты с врожденной аниридией у детей. . . . .	152
<i>Маркова Е.Ю., Полянская Е.Г., Краснова Е.О., Шолохова В.Р.</i> Оценка хирургического лечения горизонтального нистагма при глазокожном альбинизме у детей . . . . .	153
<i>Марталог П.Н., Пырцу Л.Я., Ченуша Ф.В., Романчук Л.В., Ротарь А.В.</i> Факторы риска и течение гломерулонефрита у детей . . . . .	154
<i>Матвеева Е.А., Мальшикина А.И., Филькина О.М., Харламова Н.В.</i> Состояние здоровья детей, родившихся от экстремально ранних преждевременных родов с синдромом задержки развития плода. . . . .	155
<i>Матвеева М.А., Малюгина Т.Н., Сердюков А.Ю., Чудакова Т.К., Малинина Н.В.</i> Есть ли смысл вакцинироваться против пневмококковой инфекции в период новой коронавирусной инфекции? . . . . .	156
<i>Махкамова Г.Т.</i> Иммунитет у детей раннего возраста с внебольничной пневмококковой пневмонией . . . . .	157
<i>Мачнева И.В., Лебедева Е.Н., Карнаухова И.В., Азарова Е.В., Вялкова А.А.</i> Определение некоторых эссенциальных микроэлементов в грудном молоке как подход к оценке микроэлементного статуса ребенка раннего возраста . . . . .	158
<i>Milici Rodica, Stasii Ecaterina, Gorelco Tatiana.</i> Trigger Factors and Comorbid Conditions in Acute Urticaria in Children. . . . .	159
<i>Мингаирова А.Г., Павлинова Е.Б., Вологжанина Е.В., Глуценко Е.А.</i> Случай пропионовой ацидемии у ребенка 3 месяцев . . . . .	160
<i>Мироненко И.И., Колесникова О.И., Сероклинов В.Н., Горобченко В.М.</i> Комплексная оценка состояния здоровья детей после перенесенной COVID-инфекции на базе детского центра здоровья . . . . .	161
<i>Михайловская Е.Г., Иго О.Л., Зарипова Ю.Р., Соколов А.Л.</i> Клинический случай дебюта и течения синдрома удлиненного интервала QT . . . . .	162
<i>Михеева Н.М., Строзенко Л.А., Лобанов Ю.Ф., Зверев Я.Ф.</i> Этапы терапии идиопатической гиперкальциурии у детей . . . . .	163
<i>Моторенко Н.В., Титова Н.Д.</i> Влияние степени деформации воронкообразной грудной клетки у детей на функциональное состояние органов дыхания . . . . .	164
<i>Мощенко Ю.П., Сапотницкий А.В.</i> Возрастная структура врожденных пороков сердца у детей и подростков города Барановичи в 2011–2021 гг. . . . .	165
<i>Мулярчик О.С.</i> Анализ электрокардиограмм новорожденных, родившихся от матерей, перенесших коронавирусную инфекцию во время беременности . . . . .	166
<i>Мулярчик О.С.</i> Кадровый состав среднего медицинского персонала амбулаторно-поликлинического звена в Республике Беларусь: проблемы и пути решения . . . . .	167



<i>Мулярчик О.С.</i> Наличие факторов риска суицидального поведения среди студентов-медиков . . . . .	168
<i>Мусаев А.А., Рагимова Н.Д., Исмаилова А., Асадова С.И.</i> Неонатальный мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с SARS-CoV-2 . . . . .	169
<i>Мусаев С.Н., Мамедова С.Н., Мамедова З.У.</i> Течение COVID-19 у больных с ювенильным идиопатическим артритом . . . . .	170
<i>Мушегян Ж.Г., Зазьян А.В., Колесникова И.Д.</i> Опыт применения и анализ эффективности противовирусных препаратов — ингибиторов нейраминидазы (осельтамивир) в комплексной терапии гриппа А и В у детей в условиях Детской городской больницы № 1 города Ростова-на-Дону . . . . .	171
<i>Мушегян Ж.Г., Колесникова И.Д.</i> Обзор клинических проявлений COVID-19 у детей, находившихся в МБУЗ «Детская городская больница № 1 г. Ростова-на-Дону» . . . . .	172
<i>Нагорных Г.Н., Вернигора С.В., Горохова Н.Е., Горбатов К.В., Лукьянова В.Н., Потапова А.П., Новоселова Т.В., Смирнов А.В., Левина Н.Г., Дмитриев А.В., Ушакова С.А.</i> Поражение сердца с транзиторной атриовентрикулярной блокадой II степени у ребенка с мультисистемным воспалительным синдромом, ассоциированным с новой коронавирусной инфекцией . . . . .	173
<i>Надежда В.А., Древницкая Т.С., Храмова Е.Б., Ашихмина Е.П.</i> Синдром «сухого глаза» у детей с белково-энергетической недостаточностью . . . . .	174
<i>Назаретян В.Г., Шаншоева Н.Ш., Мазуренко Л.И.</i> Факторы, формирующие дефицит витамина D у новорожденных детей Краснодарского края . . . . .	175
<i>Насирова Г.Р., Турдиева Ш.Т.</i> Клиническое течение острого тонзиллита у детей до терапевтического периода . . . . .	176
<i>Насирова С.Р.</i> Некоторые показатели цитокинового статуса у новорожденных с некротическим энтероколитом . . . . .	177
<i>Настаушева Т.Л., Хан А.В., Волосовец Г.Г., Чичуга Е.М., Николаев А.О.</i> Мочевые маркеры у детей с заболеваниями почек на фоне ожирения . . . . .	178
<i>Науменко М.Л.</i> Особенности фармакоэпидемиологии аллергического ринита у детей, проживающих на территории Волгоградской области . . . . .	179
<i>Николаев А.О., Настаушева Т.Л., Чичуга Е.М., Гурович О.В., Кондратьева И.В., Волосовец Г.Г.</i> Мочевые маркеры повреждения почек KIM-1, NGAL и IL-18 у детей с сахарным диабетом 1-го типа . . . . .	180
<i>Николаева К.И., Савченко Н.В., Уфимцева М.А., Сабитов А.У., Ворошилина Е.С., Подымова А.С.</i> Медико-организационная технология для профилактики дерматозов у детей, живущих с ВИЧ-инфекцией, и их психолого-социальная поддержка: отчет о работе за 2021 г. . . . .	181
<i>Окороков П.Л., Аксенова Н.В., Столярова С.А., Бабаева Е.В., Исаева Е.П.</i> Распространенность избыточной массы тела и ожирения у несовершеннолетних спортсменов — членов сборных спортивных команд России . . . . .	182
<i>Олейник О.А., Самойлова Ю.Г., Саган Е.В., Матвеева М.В., Подчиненова Д.В., Коваренко М.А., Захарчук П.И., Япрынцева М.Д.</i> Характеристика состава тела и эхоскопические особенности печени при ожирении у подростков . . . . .	183
<i>Орел В.И., Рослова З.А., Ким А.В., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л.</i> Актуальные проблемы медицинской профилактики у детей в условиях мегаполиса . . . . .	184
<i>Орел В.И., Ким А.В., Середа В.М., Меньшакова И.В., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л., Смирнова В.И., Ченцов Д.В.</i> Актуальные проблемы школьной медицины . . . . .	185
<i>Орел В.И., Итолитова М.Ф., Ким А.В., Гурьева Н.А., Смирнова В.И., Шарафутдинова Л.Л.</i> Необходимость комплексного подхода к сопровождению несовершеннолетних беременных . . . . .	186
<i>Орел В.И., Гурьева Н.А., Смирнова В.И., Затулкин В.А.</i> Организационные проблемы в деятельности детской стоматологической поликлиники . . . . .	187
<i>Орел В.И., Смирнова В.И., Ченцов Д.В., Разгуляева Д.Н.</i> Применение бережливых технологий при организации профилактических мероприятий среди детского населения Санкт-Петербурга . . . . .	188
<i>Орел В.И., Ким А.В., Антипов М.С., Орлов Е.Е., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л., Ченцов Д.В., Катаева И.С.</i> Современные проблемы нормативно-правового регулирования первичной медико-санитарной помощи детям . . . . .	189
<i>Орел В.И., Ким А.В., Шарафутдинова Л.Л., Смирнова В.И., Антипов М.С., Сочкова Л.В.</i> Система оплаты труда как инструмент повышения качества первичной медико-санитарной помощи . . . . .	190

<i>Остатчик Н.П.</i> Ожирение у детей и подростков. . . . .	191
<i>Павлинова Е.Б., Сафонова Т.И., Киришина И.А., Корнеева Т.Ю., Басюкова Н.А., Шевлякова А.А., Мингаурова А.Г.</i> Клинический случай идиопатического гемосидероза легких в практике врача-педиатра. . . . .	192
<i>Павличенко М.В.</i> Особенности периода острой респираторно-гемодинамической адаптации у недоношенных новорожденных, перенесших синдром олигурии-полиурии . . . . .	193
<i>Павлова А.С., Шипкова М.Д., Усманова А.И.</i> Социальные факторы, приводящие подростков к употреблению электронных сигарет. . . . .	194
<i>Павловская О.Г., Гладких О.А.</i> Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований детей: региональные особенности . . . . .	195
<i>Павловская О.Г., Гладких О.А.</i> Первичная детская инвалидность: региональные особенности . . . . .	196
<i>Павловская О.Г., Гладких О.А.</i> Повторная детская инвалидность: региональные особенности. . . . .	197
<i>Пашук С.Н., Новикова И.В., Лазаревич А.А., Гусина А.А., Венчикова Н.А.</i> Танатофорная дисплазия: поиск частых мутаций гена FGFR3 . . . . .	198
<i>Перелетова Д.И., Беляева И.А., Горев В.В.</i> Интеграция технологий обеспечения грудного вскармливания в многопрофильном педиатрическом стационаре . . . . .	199
<i>Перслегина И.А., Карпова С.С., Рыжова Н.И.</i> Организационно-социальный потенциал снижения перинатальной смертности . . . . .	200
<i>Полянская Н.А., Павлинова Е.Б., Романенко Е.П., Кошуба Е.Ф.</i> Атипичный гемолитико-уремический синдром (клинический случай) . . . . .	201
<i>Помарино Д., Емелина А.А.</i> Новые возможности диагностики ходьбы на носках . . . . .	202
<i>Пономарева Ю.В., Мезенцева О.Ю.</i> Клинико-эпидемиологические особенности течения внебольничной пневмонии, вызванной вирусом SARS-CoV-2, у детей Волгоградской области . . . . .	203
<i>Попова Е.В., Федько Н.А., Джанибекова А.С., Иванецкая Е.В.</i> Структура детской инвалидности в Ставропольском крае. . . . .	204
<i>Порецкова Г.Ю., Панина С.С.</i> Оценка социальных условий жизни детей, больных туберкулезом . . . . .	205
<i>Почкайло А.С., Галашевская А.А., Водянова О.В.</i> Состояние минеральной плотности костной ткани у детей с целиакией. . . . .	206
<i>Почкайло А.С., Кравченко Е.А., Прохорова О.Н.</i> Статус обеспеченности витамином D у детей с целиакией . . . . .	207
<i>Прилуцкая В.А., Гончарик А.В.</i> Уровни миокина иризина у доношенных новорожденных детей и их матерей . . . . .	208
<i>Прокотьева В.Д., Федотова М.М., Коновалова У.В., Невская К.В., Федорова О.С.</i> Распространенность и факторы риска пищевой аллергии: предварительные результаты когортного проспективного исследования. . . . .	209
<i>Пулотжонов М.М., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Каримова М.Х., Якубова О.Ш., Шамсиева Л.А.</i> Клинические особенности течения острого бронхолита у детей . . . . .	210
<i>Пырьева Е.А., Гмошинская М.В., Шилина Н.М., Нетунаева Е.А., Тимошина М.И.</i> Факторы риска формирования избыточной массы тела и ожирения у детей дошкольного и школьного возраста. . . . .	211
<i>Рагимова Н.Д.</i> Роль полиморфизма генов цитокинов в реализации неонатальных инфекций. . . . .	212
<i>Раскина Е.Е., Железников П.А.</i> Актуальные проблемы лечения хронического гепатита С у детей в амбулаторной практике . . . . .	213
<i>Рахманкулова З.Ж., Файзиева З.Б., Ходжамова Н.К., Алангова М.З.</i> Характеристика патологических состояний у новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией, ассоциированной с ВПС. . . . .	214
<i>Рослова З.А., Ким А.В.</i> Особенности организации медицинской профилактики в условиях распространения новой коронавирусной инфекции. . . . .	215
<i>Рубан А.П., Титова Н.Д., Буза Д.В.</i> Бремя аллергических заболеваний у детей Республики Беларусь . . . . .	216
<i>Рубан А.П., Лазарчик И.В., Клечан С.И., Кучук В.А.</i> Неонатальные аритмии: опыт ведения . . . . .	217
<i>Рубан А.П., Лазарчик И.В., Клечан С.И., Кучук В.А.</i> Структура патогенетических факторов неонатальных аритмий . . . . .	218
<i>Рубежов А.Л., Ким А.В., Колоскова Т.М.</i> Технологии «бережливой поликлиники» в организации профилактической стоматологической помощи детям. . . . .	219

<i>Румянцева Н.В., Хурс О.М.</i> Фенотипические характеристики редкой сегментной трисомии 5q13q22: клинический случай. ....	220
<i>Русинова Д.С., Арестомбаева К.С.</i> Организация учета и систематизации данных в условиях пандемии COVID-19 в ГБУЗ ДГП № 133 ДЗМ. ....	221
<i>Русинова Д.С., Дворецкая Т.И., Арсланова И.М.</i> Дизурические расстройства в практике участкового врача-педиатра. ....	222
<i>Русинова Д.С., Мартаков М.А., Мозутнова Н.Ф., Марушко П.Н.</i> Ведение детей с экссудативным перикардитом после COVID-19 в ГБУЗ ДГП № 133 ДЗМ. ....	223
<i>Русинова Д.С., Язев В.В.</i> Организация дистанционной реабилитации пациентов в условиях пандемии COVID-19. ....	224
<i>Рыбакова О.Г., Петрунина С.Ю., Мариничева Е.С.</i> Патология органов гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы у детей с ожирением и хроническим гастродуоденитом. ....	225
<i>Рябов А.Б., Поддубный И.В., Трунов В.О., Куркин А.П., Хижников А.В., Милащенко Т.А., Медведева А.О., Рыков М.Ю.</i> Роль эндохирургии в лечении детей с опухолями печени. ....	226
<i>Саванович И.И., Чеченкова Е.В.</i> Эозинофильный эзофагит у детей: коморбидность. ....	227
<i>Савченко О.А., Полянская Н.А., Поповская К.В.</i> Синдром Прадера – Вилли: трудный путь к диагнозу. ....	228
<i>Салова М.Н., Шеманаева Е.В., Клетикова Т.А.</i> Особенности оказания реабилитационной помощи детям с последствиями перинатальных поражений нервной системы в условиях детской поликлиники. ....	229
<i>Салова М.Н., Силкина Н.Н., Салова Н.А.</i> Эффективность нейропсихологической кинезотерапии для детей с трудностями школьного обучения. ....	230
<i>Самойлова Ю.Г., Захарчук П.И.</i> Оценка состава тела у детей младшего школьного возраста. ....	231
<i>Самороднова Е.А., Файзуллина Р.А., Лазарев В.С., Сафина Р.И.</i> Пищевое поведение ребенка первого года жизни и питание беременной и кормящей женщины. ....	232
<i>Самороднова Е.А., Закирова А.М., Сахабетдинов Б.А.</i> Самолечение болевого синдрома у детей и подростков: аспекты проблемы. ....	233
<i>Сафина Е.В., Зеленцова В.Л., Плотникова И.А., Мышинская О.И.</i> Особенности структуры нефроурологической заболеваемости у детей в г. Екатеринбурге. ....	234
<i>Сахабетдинов Б.А., Валиева А.Н., Павлова А.С.</i> Семейные традиции в Республике Татарстан и пищевое поведение ребенка. ....	235
<i>Сахабетдинов Б.А., Шиткова А.Д., Васильев Э.А.</i> «Городской» тип пищевого поведения современного подростка. ....	236
<i>Свобода П.Н., Сосин Д.В., Привалова М.А., Бурлакова П.В., Васильцова А.Ю.</i> Сравнительная характеристика состояния здоровья детей 10-летнего возраста, воспитывающихся в «социопатических» и замещающих семьях. ....	237
<i>Седашкина О.А., Печкуров Д.В.</i> Распределение полиморфных маркеров G308A гена TNF у детей с заболеваниями почек Самарской области. ....	238
<i>Семенова Е.В., Бызова П.И., Грязева М.А.</i> Факторы риска развития нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей. ....	239
<i>Семенова И.Л.</i> Охрана здоровья детей дореволюционной России в Кабарде и Балкарии. ....	240
<i>Сердюков А.Ю., Мусаева Т.К., Ганбарова Х.Э., Матвеева М.А., Малинина Н.В.</i> Медико-социальные аспекты специфической профилактики инфекционных заболеваний у детей в период пандемии COVID-19. ....	241
<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., Маштакова А.В.</i> Популяционная частота муковисцидоза у детей Алтайского края по результатам неонатального скрининга за период 2007–2021 гг. ....	242
<i>Симченко А.В.</i> Иммунологические изменения у детей, рожденных от матерей с трансплантатами. ....	243
<i>Синица Л.Н., Парамонова Н.С.</i> Коморбидная патология у глубоконедоношенных младенцев: бронхолегочная дисплазия и пороки развития брюшины. ....	244
<i>Сиротченко Т.А., Миргородская А.В., Зайцева С.Е., Доброхотова А.В.</i> Постковидный синдром у детей. ....	245
<i>Сиротченко Т.А., Миргородская А.В., Заливная Л.А., Сопко А.В.</i> Обоснование иммуномодулирующей терапии у подростков с бронхиальной астмой, ассоциированной с Эпштейна – Барр вирусной и цитомегаловирусной инфекциями. ....	246
<i>Скворцова О.В., Мигачева Н.Б., Михайлова Е.Г., Ракчеева Д.А.</i> Распространенность избытка массы тела и ожирения у детей школьного возраста в городе Самаре. ....	247

<i>Скрипченко Н.В., Вильниц А.А., Егорова Е.С., Скрипченко Е.Ю., Климкин А.В., Войтенков В.Б., Конев А.И., Алексеева Л.А.</i> Неотложные состояния при нейроинфекциях у детей . . . . .	248
<i>Скударнов Е.В., Колесникова О.И., Снегирь О.А., Журавлева Н.А., Малюга О.М., Зенченко О.А., Гуревич Н.Л.</i> Клинико-анамнестическая характеристика врожденных пороков сердца у детей . . . . .	249
<i>Слащева Д.М., Петрушина А.Д., Брынза Н.С.</i> Прогнозирование латентной туберкулезной инфекции и профилактика активных форм туберкулеза у детей и подростков . . . . .	250
<i>Соколова Н.С., Мартынова Т.А., Бородулина Т.В.</i> Взаимосвязь физического развития с формированием микробиоты кишечника у детей грудного возраста. . . . .	251
<i>Соколова Т.С., Петров В.А., Федорова О.С.</i> Особенности микробиоты кишечника в зависимости от клинической формы инвазии <i>Opisthorchis felinus</i> . . . . .	252
<i>Соннов В.В., Бугаенко О.А.</i> Актуальные вопросы повышения квалификации врачей педиатрического профиля . . . . .	253
<i>Ступак Т.А., Петрова Д.А.</i> Катамнез детей, родившихся с экстремально низкой массой тела . . . . .	254
<i>Сулейманова Л.И., Рахманкулова З.Ж.</i> Перинатальные факторы риска и течение внебольничной пневмонии у детей первого года жизни . . . . .	255
<i>Сулъженко М.Ю., Головченко Н.Н.</i> Особенности ответа системы крови на SARS-CoV-2 у детей в остром периоде . . . . .	256
<i>Сутовская Д.В., Бурлуцкая А.В., Вардосанидзе Т.Ш., Долбнева О.В., Борлакова И.И.</i> Региональные особенности язвенной болезни у детей Краснодарского края. Ретроспективное исследование . . . . .	257
<i>Сутовская Д.В., Бурлуцкая А.В., Карачевцева Д.Я.</i> Состояние минеральной плотности костной ткани у школьников и студентов г. Краснодара: одномоментное исследование. . . . .	258
<i>Сутовская Д.В., Бурлуцкая А.В., Крылова Д.Р., Горбачева Л.В.</i> Специфическая иммунопрофилактика COVID-19: поствакцинальный иммунитет среди студентов г. Краснодара (проспективное исследование). . . . .	259
<i>Сытова Е.А., Черников Ю.В., Панина О.С.</i> Особенности неонатальной адаптации у ранних доношенных новорожденных . . . . .	260
<i>Тальковский Е.М., Коротеев В.В.</i> Возможности новых методов физиокинезотерапии в медицинской реабилитации детей со сколиозом . . . . .	261
<i>Тамбова Н.А., Самороднова Е.А., Лазарева О.М., Иванова Т.В.</i> Ветряная оспа: взгляд педиатра на современные особенности эпидемиологии, течения и возможности профилактики. . . . .	262
<i>Тарабрина А.А., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Матвеева М.В., Подчиленова Д.В., Коваренко М.А., Дираева Н.М., Филимонов А.Е., Трифонова Е.И.</i> Распространенность висцерального ожирения у детей младшего школьного возраста . . . . .	263
<i>Тен Ю.В., Елькова Д.А.</i> Артифициальный пищевод у детей . . . . .	264
<i>Титова Н.Д., Поворова О.В.</i> Клинико-лабораторные особенности детей с повторными респираторными инфекциями . . . . .	265
<i>Тихонович Ю.В., Кондратенко И.В., Вахлярская С.С., Демина Е.С., Воронцова И.Г., Путилина Е.А., Петрайкина Е.Е., Тюльпаков А.Н.</i> IPeX-подобный синдром у пациента с новой мутацией в гене LRBA. . . . .	266
<i>Толстенок Ю.С., Приходченко Н.Г.</i> Патогенетическая и диагностическая значимость мониторинга кишечной фракции белков, связывающих жирные кислоты, у детей с пищевой аллергией . . . . .	267
<i>Турдиева Ш.Т., Абдурашидова Х.Б.</i> Особенности сердечно-сосудистых нарушений у детей с синдромом мультисистемного воспаления, ассоциированного с SARS-CoV-2. . . . .	268
<i>Түфатуллин Г.Ш.</i> Состояние слуха у детей, обучающихся в массовых и коррекционных школах . . . . .	269
<i>Тхакушинова Н.Х., Бевзенко О.В.</i> Анализ заболеваемости новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детского населения Краснодарского края за 2020–2022 гг. . . . .	270
<i>Тхакушинова Н.Х., Бевзенко О.В.</i> Клинико-эпидемиологическая характеристика гриппа у детей в Краснодарском крае в эпидемическом сезоне 2021–2022 гг. . . . .	271
<i>Улуханова Л.У.</i> Гемигипертрофия справа у ребенка. Клинический случай . . . . .	272
<i>Улуханова Л.У.</i> Синдром Пирсона у 2-летнего мальчика. . . . .	273
<i>Умарназарова З.Е., Умарова М.Д.</i> Состояние гепатобилиарной системы у детей со смешанной формой муковисцидоза. . . . .	274
<i>Файзуллина Р.М., Шангареева З.А., Санникова А.В., Мананова А.Ф.</i> Выбор этиотропной терапии внебольничной инфекции мочевых путей у детей с применением онлайн-платформы AMRmap . . . . .	275



<i>Файзуллина Р.А., Сергеева Д.Р., Хайруллина Л.А.</i> Физическое развитие детей с аллергическими заболеваниями . . . . .	276
<i>Федосеенко М.В., Намазова-Баранова Л.С., Калужная Т.А., Шахтактинская Ф.Ч., Сельван А.М., Фоминых М.В., Толстова С.В., Привалова Т.Е.</i> Уровень привитости против пневмококковой инфекции у детей, перенесших COVID-19 . . . . .	277
<i>Федотова Г.В., Вахлова И.В., Боронина Л.Г., Ибрагимова Ю.Н.</i> Особенности метаболической активности микробиоты кишечника у детей с атопическим дерматитом . . . . .	278
<i>Федотова М.М., Киселева А.Л., Каменщикова А.М., Елисеев В. Ю., Костяева М.Я., Олениус Д.Д., Акперов Э.Г., Федорова О.С.</i> Применение антибактериальных препаратов при острых респираторно-вирусных заболеваниях у детей дошкольного возраста: результаты анкетирования родителей . . . . .	279
<i>Федько Н.А., Воронкина Е.Н., Рубачева О.Е., Джанибекова А.С.</i> Проблема антибиотикорезистентности возбудителей в условиях детского медицинского учреждения . . . . .	280
<i>Федько Н.А., Галимова О.И., Рубачева О.Е., Воронкина Е.Н.</i> Особенности клинического течения педиатрического мультисистемного воспалительного синдрома (PMIS) . . . . .	281
<i>Федько Н.А., Джанибекова А.С., Айбазова Д.К.</i> Артериальная жесткость сосудистой стенки у подростков как маркер сердечно-сосудистого риска . . . . .	282
<i>Федько Н.А., Рубачева О.Е., Воронкина Е.Н., Лагодина Н.А.</i> Расстройство аутистического спектра (РАС) у детей . . . . .	283
<i>Филитова О.А., Вахлова И.В., Кузнецов Н.Н.</i> Генетические и приобретенные факторы риска тромбозов у новорожденных детей . . . . .	284
<i>Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Воробьева Е.А., Долотова Н.В.</i> Информационная и мотивационная готовность к соблюдению здорового образа жизни подростков 15–17 лет . . . . .	285
<i>Фисюн И.В., Кузнецова Т.А.</i> Заболеваемость и распространенность железодефицитной анемии легкой и средней степени тяжести среди детей Орловской области . . . . .	286
<i>Хабаева А.В., Васильева Е.И., Омолоева Т.С., Архипова С.В.</i> Частота выявления несчастных случаев среди детей разных возрастных групп . . . . .	287
<i>Халидуллина О.Ю., Ушакова С.А., Андреев П.В., Егорова Л.А.</i> Отсроченное развитие желудочковой аритмии у подростка после низковольтной электротравмы . . . . .	288
<i>Хан М.А., Дегтярева М.Г., Микитченко Н.А., Смотрина О.Ю.</i> Физическая реабилитация детей с последствиями перинатальной патологии ЦНС . . . . .	289
<i>Ходжамова Н.К.</i> Особенности состояния здоровья маловесных детей с бактериальными инфекциями в младенческом периоде . . . . .	290
<i>Ходжиметова Ш.Х., Камалов З.С., Рахманкулова З.Ж., Рузибакиева М.Р.</i> Частота распределения полиморфизмов генов некоторых цитокинов у новорожденных детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией . . . . .	291
<i>Хоха Р.Н., Заводник Л.Б., Полубинская С.Е.</i> IgE-сенситизация к молекулярным компонентам аллергена клеща домашней пыли <i>Dermatophagoides pteronyssinus</i> (Der p1 и Der p2) у детей с атопическим дерматитом в сочетании с коморбидными аллергическими заболеваниями . . . . .	292
<i>Хурастеева Е.Н.</i> Оценка состояния здоровья детей, родившихся от вспомогательных репродуктивных технологий . . . . .	293
<i>Цека Ю.С., Чудакова Т.К., Железников П.А., Гамаюнова Ю.А.</i> Клинико-лабораторные особенности инфекционного мононуклеоза у детей . . . . .	294
<i>Чернобровкина М.А., Сенькевич О.А., Ковальский Ю.Г.</i> Влияние отклонений витаминно-элементного статуса и климатогеографических условий на физическое развитие детей Хабаровского края . . . . .	295
<i>Чернобровкина М.А., Сенькевич О.А., Ковальский Ю.Г., Зуева Л.П.</i> Влияние дефицитного витаминно-элементного статуса на когнитивное развитие младших школьников . . . . .	296
<i>Чернышева Н.В., Молочный В.П., Ворожбит Т.С., Ким О.В.</i> Динамика уровня рождаемости в Хабаровском крае за 2009–2020 гг. . . . .	297
<i>Чеснокова С.А., Вялкова А.А.</i> Диагностическая информативность эндотелина-1 при хронической болезни почек у детей . . . . .	298
<i>Чудакова Т.К., Цека Ю.С., Матвеева М.А., Татусь Ю.А.</i> Этиологическая структура острых респираторных вирусных инфекций у госпитализированных детей г. Саратова в 2021 г. . . . .	299
<i>Шайтарова А.В., Ушакова С.А., Хашагульгова Т.А.</i> Коморбидные соматические расстройства у девушек с нервной анорексией . . . . .	300

<i>Шальгина М.В., Родионовская С.Р., Винникова В.Г., Торосян Г.Г., Никишина И.П.</i>	
Развитие болезни Шенлейна – Геноха у пациента 9 лет, перенесшего новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (клиническое наблюдение) .....	301
<i>Шамансурова Э.А., Абдуразакова Ш.А.</i> Роль рН мочи при уролитиазе у детей .....	302
<i>Шатовалов К.А., Каторкин В.И., Слуцкий С.И., Габова Г.Ю., Бабкина А.В.</i> Разработка и реализация стандарта рабочего места участкового педиатра и медицинской сестры в рамках проекта «Бережливая поликлиника» .....	303
<i>Шатовалов К.А., Шатовалова Л.А.</i> Химические ожоги. Особенности дидактики обучения первой помощи детей, школьников и подростков .....	304
<i>Шатовалов К.А., Шатовалова Л.А., Забоева М.В., Торопова О.Е., Автушина К.А., Калинина Т.А.</i> Заболевания, обусловившие возникновение инвалидности контингента пациентов городской детской поликлиники в 2016–2020 гг. ....	305
<i>Шарбаро В.В., Бекезин В.В.</i> Динамика состояния здоровья детей г. Смоленска .....	306
<i>Шахова Н.В., Кашинская Т.С.</i> Аллергологический профиль детей дошкольного возраста с бронхиальной астмой, проживающих в городских условиях Алтайского края .....	307
<i>Шашель В.А., Бишенова А.А.</i> Влияние повышенной антропогенной нагрузки на заболеваемость системы крови у детей и подростков Краснодарского края .....	308
<i>Шашель В.А., Фирсова В.Н., Назаретян В.Г., Трубилина М.М., Фирсов Н.А.</i> Орфанные заболевания и связанные с ними проблемы .....	309
<i>Шейбак Л.Н.</i> Влияние способа родоразрешения на содержание катехоламинов в сыворотке пуповинной крови у недоношенных детей .....	310
<i>Шикалева А.А., Шулаев А.В., Шайдуллина М.Р.</i> К вопросу ожирения среди детей: детское ожирение как медико-социальная проблема .....	311
<i>Шилина С.А., Скобеев И.Г., Майорова Е.В., Симонайтес А.А., Аникеева Н.А., Татиашвили Е.Ф., Панферухина А.Ю., Жилочкина А.М.</i> Особенности течения коронавирусной инфекции у ребенка с тяжелой коморбидной патологией .....	312
<i>Шимченко Е.В., Клеценко Е.И., Каюмова Д.А., Кулагина М.Г., Комаров А.Ф., Апалькова Е.П., Боровикова Е.В.</i> Диагностические критерии формирования неврологического дефицита у детей с перинатальным гипоксическим поражением головного мозга .....	313
<i>Шитилова Л.М., Матвеева Н.Н., Старчикова Т.А.</i> Особенности неонатальной адаптации детей от ВИЧ-инфицированных матерей .....	314
<i>Шлякова Е.Ю.</i> Наш опыт применения бисфосфонатов у пациентов с орфанными заболеваниями .....	316
<i>Шумова А.Л., Клишуннова Л.В.</i> Актуальные вопросы медицинской грамотности обучающихся по проблеме вакцинации .....	317
<i>Шурховецкая А.А.</i> Анализ особенностей лечения новой коронавирусной инфекции у обучающихся медицинского вуза .....	318
<i>Щетин В.О., Карпова О.Б., Чичерин Л.П., Загоруйченко А.А.</i> Анализ ресурсов педиатрической службы России .....	319
<i>Щербакова В.П.</i> Состояние здоровья детей, рожденных с массой тела менее 1000 г, к возрасту трех лет .....	320
<i>Щербина К.Ю., Васильева Е.И., Омолова Т.С., Тарасова К.И.</i> Врожденные пороки сердца в практике участкового врача-педиатра .....	321
<i>Эфендиев А.М., Керимова Н.Т.</i> Клиническая информативность цитокинов при оценке тяжести течения сепсиса .....	322
<i>Юн В.Э., Ермолаева Ю.А., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А.</i> Новая коронавирусная инфекция: особенности течения у детей .....	323
<i>Ющенко А.Ю., Каладзе Н.Н.</i> Прогностические факторы заболеваемости детей, оперированных по поводу дефекта межжелудочковой перегородки .....	324
<i>Якимович Н.И., Мирутко Д.Д.</i> Маркеры воспаления в дифференциальной диагностике инфекционного процесса у детей .....	325
<i>Яковенко М.П., Клеценко Е.И., Каюмова Д.А., Харченко В.Е., Кулагина М.Г., Апалькова Е.П., Боровикова Е.В.</i> Прогностические возможности определения уровня матриксных металлопротеиназ у глубоконедоношенных детей, перенесших неонатальную реанимацию, на первом году жизни .....	326
<i>Ярец Ю.И., Солодкая Т.И., Козловский А.А., Новик Т.Д.</i> Содержание витамина D у детей с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей .....	327



<i>Calcîi Cornelia, Hadjiu Svetlana, Sprincean Mariana, Feghiu Ludmila, Calistru Iulia, Calistru Andrei, Constantin Olga, Lupusor Nadejda, Cuznet Ludmila, Griu Corina, Revenco Ninel, Groppa Stanislav. Features of refractory status epilepticus in children</i> . . . . .	328
<i>Ecaterina Stasii, Tatiana Gorelco, Olesea Nicu, Irina Moldovanu. Medical Care for Children with Allergic Pathology in the Republic of Moldova</i> . . . . .	329
<i>Racoviță Stela, Moșin Veaceslav, Hadjiu Svetlana, Revenco Ninel, Sprincean Mariana. Clinical and cytogenetic polymorphism in klinefelter syndrome</i> . . . . .	330
<i>Sprincean Mariana, Hadjiu Svetlana, Călcîi Cornelia, Lupușor Nadejda, Grîu Corina, Feghiu Ludmila, Cuznet Ludmila, Tihai Olga, Groppa St., Revenco Ninel. Immunoenzymatic Assessment of Antifospholipidic Antibodies in Ischemic Stroke in</i> . . . . .	331

## Часть II

### ХII Форум детских медицинских сестер

<i>Бобрякова М.С. Реабилитация детей в постковидном периоде в условиях ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы»</i> . . . . .	332
<i>Королькова Е.Г. Роль медицинской сестры дневного стационара в комплексной оценке профилактических мероприятий в ГБУЗ ДГП № 133 ДЗМ</i> . . . . .	333
<i>Морозова А.И. Сестринские технологии в совершенствовании и проведении качественной вакцинации детского населения</i> . . . . .	334
<i>Опина О.Г. Каскадный метод обучения детских медицинских сестер в целях повышения качества медицинской помощи</i> . . . . .	335
<i>Рогова М.Д. Особенности подготовки детей и их родителей к забору биологического материала в условиях сохранения рисков распространения COVID-19</i> . . . . .	336
<i>Соловей О.А. Опыт по обучению навыкам первичной реанимационной помощи новорожденным</i> . . . . .	337
<i>Щеголева В.А. Оптимизации работы постовой медицинской сестры детского онкологического отделения с использованием методов бережливого производства</i> . . . . .	338

## АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абакаров С.С. 6  
Абд Али Алаа Хашим 23  
Абдуллаева Г.М. 1, 2  
Абдуллаева Д.А. 95  
Абдулмуслимов М.Т. 6  
Абдумухтарова М.К. 9  
Абдуразакова Ш.А. 302  
Абдурашидова Х.Б. 268  
Абрамов А.В. 3  
Абрамова Е.В. 4  
Авдошин В.А. 17, 18  
Автушина К.А. 305  
Агеев А.В. 67  
Азарова Е.В. 158  
Айбазова Д.К. 282  
Акперов Э.Г. 279  
Аксенова Н.В. 182  
Алангова М.З. 214  
Алекина В.Н. 5  
Алексеева Л.А. 248  
Алексеева Ю.О. 81  
Алешина И.В. 51  
Алимова И.Л. 67  
Алискандиева З.А. 6  
Алискандиев А.М. 6  
Андреева А.Н. 127  
Андреев П.В. 288  
Аникеева Н.А. 18, 312  
Анисимова А.В. 7  
Антипов М.С. 189, 190  
Антонова Д.А. 8  
Антонова Л.К. 131  
Апалькова Е.П. 313, 326  
Арестомбаева К.С. 221  
Арзибеков А.Г. 9  
Арзикулова Д.А. 9  
Арзикулов А.Ш. 9  
Арсланова И.М. 222  
Архипова С.В. 287  
Асадова С.И. 169  
Афанасьев М.В. 15  
Ахмадеева А.А. 36  
Ашихмина Е.П. 72, 174  
Бабаева Е.В. 182  
Бабкина А.В. 303  
Балашова Е.А. 7, 65  
Баринов А.Л. 30  
Барычева Л.Ю. 11, 89  
Барышников М.А. 42  
Басюкова Н.А. 192  
Батт Т.А. 115  
Батырханов Ш.К. 1  
Батян Г.М. 12  
Башкетова Н.С. 104  
Баштакова Е.А. 5, 42  
Бевзенко О.В. 270, 271  
Бегжанова А.Х. 15  
Безлер Ж.А. 21  
Безрученкова А.В. 67  
Бекезин В.В. 306  
Белаш Т.А. 77  
Белкова Т.Н. 13, 15, 64  
Белых Н.А. 17, 18  
Беляева И.А. 199  
Бердников А.П. 146  
Бец О.Г. 19  
Битаутене А.С. 32  
Бишенова А.А. 308  
Блохина Я.А. 127  
Блохин М.Р. 115  
Бобрякова М.С. 332  
Богормистрова В.А. 20  
Бомберова Л.А. 21  
Бордюгова Е.В. 22, 74  
Борисенко Т.Д. 43  
Борлакова И.И. 257  
Боровикова Е.В. 313, 326  
Бородулина Т.В. 251  
Боронина Л.Г. 278  
Боронина С.Н. 242  
Бочарова О.В. 23  
Боярская А.Ю. 150  
Брем Н.А. 55  
Брынза Н.С. 250  
Брюхов А.А. 99  
Бугаенко О.А. 253  
Буза Д.В. 216  
Булдык Е.А. 12  
Бурдукова А.О. 17, 18  
Бурлакова П.В. 237  
Бурлуцкая А.В. 24, 257, 258, 259  
Бус Г.В. 99  
Бутова В.В. 34  
Бухарина К.А. 25, 121  
Бызова П.И. 239  
Быков В.О. 77, 98  
Вавилина А.И. 26  
Вавилова В.П. 27  
Вавилов А.М. 27  
Ваганова А.Е. 42, 94  
Ваганов Н.Н. 28  
Валиева А.Н. 235  
Валина С.Л. 143  
Вардосанидзе Т.Ш. 257  
Варламова Т.В. 29  
Васильева Е.И. 8, 124, 287, 321  
Васильев Э.А. 236  
Васильцова А.Ю. 237  
Васько Т.П. 82  
Вахлова И.В. 88, 278, 284  
Вахлярская С.С. 266  
Венчикова Н.А. 198  
Вернигора С.В. 173  
Вешкурцева И.М. 30  
Вильниц А.А. 248  
Винникова В.Г. 301

- Виноградова Т.В. 31  
Власенко Н.Ю. 32  
Власюк А.О. 116, 117  
Водовозова Э.В. 33, 34, 77, 98  
Водянова О.В. 44, 206  
Войтенков В.Б. 248  
Войцеховская Т.О. 35  
Волгина С.Я. 36  
Волкова М.О. 37  
Воложанина Е.В. 160  
Волосовец Г.Г. 178, 180  
Воробьева Е.А. 38, 69, 285  
Ворожбит Т.С. 297  
Воронкина Е.Н. 280, 281, 283  
Воронкова М.А. 13, 64  
Воронцова И.Г. 132, 266  
Воротникова Н.А. 39  
Ворошила Е.С. 181  
Выходцева Г.И. 40, 118  
Вялкова А.А. 41, 129, 158, 298  
Габараева Н.С. 42  
Габова Г.Ю. 303  
Гаврилук О.И. 42  
Гаджиева У.К. 50, 149  
Галактионова М.Ю. 76, 137, 138  
Галашевская А.А. 43, 44, 206  
Галимова О.И. 281  
Галькевич Н.В. 45  
Гамаюнова Ю.А. 294  
Ганбарова Х.Э. 241  
Ганичева Н.П. 47  
Ганузин В.М. 46, 47  
Гариб В. 92  
Гариб В.Ф. 99  
Гариб Ф.Ю. 99  
Гасанова Н.С. 49  
Гасимова Е.А. 48  
Геллер С.И. 95  
Гидаятова Л.А. 49, 50, 149  
Гилмуллина Ф.С. 36  
Гладких О.А. 195, 196, 197  
Глуценко Е.А. 160  
Гмошинская М.В. 51, 211  
Голикова Н.М. 52  
Голованова Ю.Е. 15  
Головченко Н.Н. 53, 256  
Голубева А.Н. 102  
Голубева С.В. 54  
Гончарик А.В. 208  
Гончар Н.О. 103  
Гончарова Т.А. 55  
Горбатилов К.В. 173  
Горбачева Л.В. 259  
Горбач Л.А. 57  
Горбунова Г.Д. 58  
Горбунова Л.Г. 8  
Горев В.В. 199  
Горелик Е.А. 59  
Горелова Л.Е. 60  
Горобченко В.М. 161, 242  
Горохова Н.Е. 42, 111, 173  
Грибанов А.В. 114  
Грибова И.В. 109  
Григорьянц И.С. 33, 77  
Григорян Л.А. 108  
Грицинская В.Л. 61  
Грязева М.А. 239  
Гуменюк О.И. 127  
Гунькова Е.В. 41  
Гурбанова Г.М. 62  
Гуревич Н.Л. 249  
Гурович О.В. 180  
Гурьева Н.А. 184, 185, 186, 187, 189  
Гусина А.А. 54, 198  
Давлекамова Г.Р. 119  
Дакуко А.Н. 63  
Дворецкая Т.И. 222  
Дворжецкая О.В. 13, 64  
Девлетбиева М.Р. 65  
Девялтовская М.Г. 66  
Дегтярева М.Г. 289  
Деева Ю.В. 17, 18  
Демдоуми Н.Ю. 32  
Демина Е.С. 266  
Демяненко А.Н. 67  
Деревянко О.С. 63  
Джамбекова Г.С. 92, 99  
Джанибекова А.С. 204, 280, 282  
Дираева Н.М. 263  
Дмитриев А.В. 173  
Доброхотова А.В. 245  
Долбнева О.В. 257  
Долгополов И.С. 68  
Долотова Н.В. 38, 69, 120, 285  
Домбаян С.Х. 70  
Донникова Н.А. 71  
Доркина И.Л. 72, 73  
Дорохов Н.А. 146  
Древницкая Т.С. 174  
Дубовая А.В. 22, 74  
Дубровская И.В. 75  
Дудчак А.П. 74  
Егорова Е.С. 248  
Егорова Л.А. 288  
Елизарьева Л.А. 76  
Елисеев В. Ю. 279  
Ёлшин В.Н. 80  
Елькова Д.А. 110, 264  
Емелина А.А. 202  
Енина Е.А. 77  
Ердомаева Я.А. 106  
Ерина М.Ю. 103  
Ермакова В.С. 78  
Ермолаева Ю.А. 323  
Ескина С.П. 79  
Жекайте Е.К. 81  
Желев В.А. 35, 105, 142  
Железников П.А. 213, 294  
Жемойтяк В.А. 82  
Жердев К.В. 37

- Жилочкина А.М. 312  
Журавлева Н.А. 118, 249  
Забоева М.В. 305  
Заводник Л.Б. 292  
Загоруйченко А.А. 319  
Зазьян А.В. 171  
Зайцева Г.В. 127  
Зайцева О.В. 90  
Зайцева С.В. 90  
Зайцева С.Е. 245  
Зайцев Д.В. 101  
Закирова А.М. 83, 84, 233  
Заливная Л.А. 246  
Зарипова Ю.Р. 26, 85, 162  
Зарипов И.Р. 83  
Затулкин В.А. 187  
Захарова А.В. 17  
Захарова Е.Ю. 34  
Захарова Л.И. 119  
Захарчук П.И. 183, 231  
Захидова Н.Э. 99  
Зверев Я.Ф. 163  
Зеленцова В.Л. 234  
Зенченко О.А. 40, 249  
Зимовина Т.С. 87  
Змановская В.А. 86  
Зобикова О.Л. 54, 87  
Зуева Л.П. 296  
Зябкин И.В. 90  
Ибрагимова Ю.Н. 88, 278  
Иваницкая Е.В. 204  
Иванова П.О. 35  
Иванова Т.В. 262  
Иванов С.В. 52  
Иго О.Л. 162  
Идрисова А.С. 11, 89  
Иешкина М.Н. 17  
Извин А.И. 30  
Измайлова А.А. 72  
Ипполитова М.Ф. 186  
Исаева Е.П. 79, 90, 182  
Исмайлова А. 169  
Исмаилова М.А. 91  
Исмаилова Э. 92  
Исмагова М. 92  
Ишбулдин А.А. 42  
Кайб И.Д. 94  
Кайгородцева А.А. 64  
Каладзе Н.Н. 324  
Калинина Т.А. 305  
Калюжная Т.А. 277  
Камалов З.С. 291  
Каменщикова А.М. 279  
Камилова А.Т. 95  
Капралова А.М. 96  
Караманян О.В. 84  
Карамова К.С. 99  
Карантыш Г.В. 23  
Карачевцева Д.Я. 258  
Каримова М.Х. 210  
Каримуллин Г.А. 97  
Карнаухова И.В. 158  
Карпова О.Б. 319  
Карпова С.С. 200  
Карханина В.А. 98  
Касаткин Д.С. 31  
Катаева И.С. 104, 189  
Каторкин В.И. 303  
Катрич Н.В. 22  
Каук А.В. 63  
Кацамаки С. 92  
Кацамаки С.П. 99  
Кашинская Т.С. 100, 307  
Кашляк О.С. 101  
Каюмова Д.А. 313, 326  
Керимова Н.Т. 322  
Кетова О.Н. 102  
Ким А.В. 103, 104, 184, 185, 186, 189, 190, 215, 219  
Ким Л.В. 105  
Ким О.В. 297  
Киргизов К.И. 106  
Киричек Е.Ю. 40  
Кириченко А.И. 77  
Киршина И.А. 192  
Киселева А.Л. 279  
Кисельникова Е.А. 107  
Кисельникова О.В. 46, 107  
Клепикова Т.А. 229  
Клечан С.И. 217, 218  
Клещенко Е.И. 313, 326  
Климкин А.В. 248  
Клишунова Л.В. 317  
Коваленко Д.В. 108  
Ковальский Ю.Г. 295, 296  
Коваренко М.А. 183, 263  
Кожевникова Л.А. 111  
Кожевников В.А. 110  
Кожевников О.В. 109, 123  
Козаренко В.Г. 112, 122  
Козловская Е.О. 113  
Козловский А.А. 113, 114, 115, 116, 117, 327  
Козловский А.А. (мл.) 113  
Козловский Д.А. 66, 117  
Колесникова И.Д. 171, 172  
Колесникова О.И. 40, 118, 161, 242, 249  
Колоскова Т.М. 219  
Кольцова Н.С. 119  
Комаров А.Ф. 313  
Кондратенко И.В. 266  
Кондратьева Е.И. 81, 144  
Кондратьева И.В. 180  
Конев А.И. 248  
Коновалова У.В. 209  
Константинова А.Ю. 15  
Корнеева Т.Ю. 192  
Королев Е.В. 142  
Королькова Е.Г. 333  
Коротеев В.В. 261  
Корсунова Т.Ф. 112  
Костяева М.Я. 279

- Кочерова О.Ю. 69, 120, 285  
Кошуба Е.Ф. 201  
Кравцевич-Мякишева О.Г. 82  
Кравченко А.Д. 116, 117  
Кравченко Е.А. 207  
Кралина С.Э. 109, 123  
Крамко Д.А. 66  
Краснова Е.О. 152, 153  
Крылова Д.Р. 259  
Крымская О.С. 25, 121  
Кудрякова Г.Д. 122  
Кузнецова В.В. 89  
Кузнецова Н.Е. 30  
Кузнецов А.С. 123  
Кузнецова Т.А. 75, 286  
Кузнецова Т.Б. 30  
Кузнецов И.С. 94  
Кузнецов Н.Н. 284  
Кузьмина Е.С. 11, 89  
Кузьмина О.А. 26  
Кузьминых А.А. 124  
Кулагина М.Г. 313, 326  
Кулакова Г.А. 125  
Кулешова О.К. 126  
Кунгурцева А.Г. 63  
Купряшина И.С. 242  
Курдеко И.В. 242  
Куркин А.П. 226  
Курмаева Е.А. 125  
Курмачева Н.А. 127  
Куртанидзе Ю.И. 128  
Куценко Л.В. 129  
Кучкина А.Ю. 130  
Кучук В.А. 217, 218  
Кушнир С.М. 131  
Лагодина Н.А. 283  
Лазарева А.Н. 132  
Лазарева Е.В. 242  
Лазарева О.М. 262  
Лазарев В.С. 232  
Лазаревич А.А. 133, 134, 198  
Лазарчик И.В. 101, 217, 218  
Лапицкая М.Ю. 151  
Латышев Д.Ю. 135  
Лебедева Е.Н. 158  
Лебедева К.А. 73  
Левина Н.Г. 173  
Левицкая Ю. 92  
Левицкая Ю.В. 99  
Леденева Л.Н. 33, 34, 77, 98  
Лещинская М.Р. 82  
Лимаренко М.П. 74, 136  
Лисихина Н.В. 137, 138  
Лисихин И.С. 138  
Лобанов Ю.Ф. 76, 135, 163  
Локшина Э.Э. 90  
Лохтина Л.Ю. 139  
Лукьянова В.Н. 173  
Луценко В.В. 140  
Любарская С. 141  
Любина Т.А. 142  
Магбулова Н. 92  
Мазуренко Л.И. 175  
Майорова Е.В. 312  
Макаркина Е.П. 17, 18  
Маклакова О.А. 143  
Максимычева Т.Ю. 81, 144  
Малето Е.М. 78  
Малинина Е.И. 4  
Малинина Н.В. 145, 156, 241  
Мальшкіна А.И. 38, 155  
Малюга О.М. 146, 249  
Малюгина Т.Н. 145, 156  
Малявская С.И. 59  
Мамедбейли А.К. 62  
Мамедова З.У. 170  
Мамедова И.А. 147  
Мамедова С.Н. 49, 147, 148, 170  
Мамедова Ф.М. 50, 149  
Мамон В.В. 4  
Мамчиц Л.П. 150, 151  
Мананова А.Ф. 275  
Маначкина Ю.В. 64  
Мариничева Е.С. 225  
Маркова Е.Ю. 152, 153  
Мартаков М.А. 223  
Марталог П.Н. 154  
Мартынова Т.А. 251  
Марушко П.Н. 223  
Масков Г.С. 47  
Матвеева Е.А. 155  
Матвеева М.А. 145, 156, 241, 299  
Матвеева М.В. 183, 263  
Матвеева Н.Н. 314  
Мауль С.А. 102  
Махкамова Г.Т. 157  
Мачнева И.В. 158  
Маштакова А.В. 242  
Медведева А.О. 226  
Медведева Е.Ю. 146  
Межидов К.С. 11  
Мезенцева О.Ю. 203  
Менткевич Г.Л. 68  
Меньшакова И.В. 185  
Меньшикова Е.А. 21  
Мещерякова А.И. 129  
Мещеряков В.В. 71  
Мигачева Н.Б. 247  
Микитченко Н.А. 289  
Миклашевская Т.А. 12  
Милащенко Т.А. 226  
Миллер В.Э. 118  
Милованова К.Г. 35  
Мингаирова А.Г. 160, 192  
Мингалева Н.С. 97  
Миргородская А.В. 245, 246  
Мироненко И.И. 118, 161, 242  
Мирутко Д.Д. 325  
Михайлова Е.Г. 247  
Михайловская Е.Г. 162

- Михеева Н.М. 163  
Могутнова Н.Ф. 223  
Мозжухина Л.И. 107  
Молочный В.П. 297  
Морозова А.И. 334  
Моторенко Н.В. 164  
Мощенко Ю.П. 165  
Мулярчик О.С. 166, 167, 168  
Муртазаева О.А. 90  
Мусаев А.А. 169  
Мусаева Т.К. 241  
Мусаев С.Н. 147, 148, 170  
Мусажанова Р.А. 210  
Мушегян Ж.Г. 171, 172  
Мышинская О.И. 234  
Мясников С.О. 133  
Мячин Н.Л. 26  
Нагорных Г.Н. 173  
Надежда В.А. 174  
Назаретян В.Г. 175, 309  
Намазова-Баранова Л.С. 15, 277  
Насирова Г.Р. 176  
Насирова С.Р. 177  
Настаушева Т.Л. 178, 180  
Науменко М.Л. 179  
Невская К.В. 209  
Ненартович И.А. 101  
Нетунаева Е.А. 211  
Никитченко Д.Ю. 66  
Никишина И.П. 301  
Николаева К.И. 181  
Николаев А.О. 178, 180  
Никонов А.М. 242  
Новикова И.В. 198  
Новик Т.Д. 327  
Новоселова Т.В. 173  
Окороков А.О. 142  
Окороков П.Л. 182  
Оксеньчук Т.В. 13, 15  
Олейник О.А. 183, 263, 323  
Олениус Д.Д. 279  
Омолоева Т.С. 124, 287, 321  
Опина О.Г. 335  
Орел В.И. 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190  
Орехова А.К. 135  
Орлов Е.Е. 189  
Остапчик Н.П. 191  
Павлинова Е.Б. 32, 160, 192, 201  
Павличенко М.В. 193  
Павлова А.С. 194, 235  
Павловская О.Г. 195, 196, 197  
Панина О.С. 260  
Панина С.С. 205  
Панкова О.Ф. 3  
Панова Е.А. 107  
Панова И.В. 70  
Панферухина А.Ю. 312  
Парамонова Н.С. 244  
Патрашков Д.М. 94  
Пахомова Ж.Е. 99  
Пашук С.Н. 198  
Пекарец Н.А. 128  
Перелетова Д.И. 199  
Переслегина И.А. 200  
Перфилова О.В. 86  
Петрова Д.А. 254  
Петров В.А. 252  
Петрунина С.Ю. 225  
Петрушина А.Д. 94, 250  
Петряйкина Е.Е. 132, 266  
Печкуров Д.В. 238  
Пизнюр И.В. 17, 18  
Плотникова И. А. 234  
Поворова О.В. 265  
Подборная А.О. 85  
Поддубный И.В. 226  
Подчиненова Д.В. 183, 263  
Подымова А.С. 181  
Полубинская С.Е. 292  
Полянская Е.Г. 152, 153  
Полянская Н.А. 201, 228  
Помарино Д. 202  
Пономарева М.Н. 5, 30  
Пономарева Ю.В. 203  
Попова Е.В. 204  
Поповская К.В. 228  
Порецкова Г.Ю. 205  
Потапова А.П. 173  
Починок Е.М. 80  
Почкайло А.С. 43, 44, 206, 207  
Привалова М.А. 237  
Привалова Т.Е. 277  
Прилуцкая В.А. 208  
Приходченко Н.Г. 108, 267  
Прокопьева В.Д. 209  
Прокопьева Е.Л. 118  
Проскурякова И.С. 64  
Протасов С.И. 138  
Прохорова О.Н. 207  
Пулотжонов М.М. 210  
Пустабаева М.С. 34, 77  
Путилина Е.А. 132, 266  
Пшеничникова М.В. 42  
Пырцу Л.Я. 154  
Пырьева Е.А. 211  
Раба Т. 141  
Рагимова Н.Д. 169, 212  
Раева Г.Ф. 17, 18  
Разгуляева Д.Н. 188  
Ракчеева Д.А. 247  
Раскина Е.Е. 213  
Рахманкулова З.Ж. 214, 255, 291  
Рахметова М.Т. 99  
Рашитова Э.Л. 83  
Рогова М.Д. 336  
Родионовская С.Р. 301  
Романенко Е.П. 201  
Романко Н.В. 64  
Романова А.А. 105  
Романчук Л.В. 154



- Рослова З.А. 184, 215  
Ротарь А.В. 154  
Рубан А.П. 216, 217, 218  
Рубачева О.Е. 280, 281, 283  
Рубежов А.Л. 219  
Руденко Э.В. 43  
Рузибакиева М.Р. 291  
Румянцева Н.В. 54, 220  
Русинова Д.С. 78, 140, 221, 222, 223, 224  
Русинова Т.Г. 13  
Рыбакова О.Г. 225  
Рыбкина И.Г. 132  
Рыжова Н.И. 200  
Рыков М.Ю. 68, 226  
Рябов А.Б. 226  
Рябова Ю.Г. 118  
Сабитов А.У. 181  
Саванович И.И. 227  
Савельева Е.В. 129  
Савельева Н.В. 24  
Савченко Н.В. 181  
Савченко О.А. 228  
Саган Е.В. 183  
Сагатбаева Н.А. 1  
Сагоян Г.Б. 106  
Салова М.Н. 229, 230  
Салова Н.А. 230  
Самойлова Ю.Г. 183, 231, 263, 323  
Самороднова Е.А. 84, 232, 233, 262  
Самсонов Н.С. 94  
Санникова А.В. 275  
Сапотницкий А.В. 165  
Сафарова И.А. 49  
Сафина Е.В. 234  
Сафина Р.И. 232  
Сафонова Т.И. 192  
Сафронова А.И. 51  
Сахабетдинов Б.А. 233, 235, 236  
Свинарев М.Ю. 127  
Свобода П.Н. 20, 237  
Седашкина О.А. 238  
Селиванов О.К. 94  
Сельвян А.М. 277  
Семенова Е.В. 239  
Семенова И.Л. 240  
Сенькевич О.А. 295, 296  
Сергеева Д.Р. 276  
Сердюков А.Ю. 145, 156, 241  
Середа В.М. 185  
Сероклинов В.Н. 118, 161, 242  
Силкина Н.Н. 230  
Симатова Е.С. 140  
Симонайтес А.А. 312  
Симченко А.В. 243  
Синица Л.Н. 244  
Сиротченко Т.А. 245, 246  
Скворцова О.В. 247  
Скобеев И.Г. 312  
Скрипченко Е.Ю. 248  
Скрипченко Н.В. 248  
Скударнов Е.В. 40, 118, 146, 249  
Слащева Д.М. 250  
Слуцкий С.И. 303  
Сметанина С.А. 111, 130  
Смирнов А.В. 173  
Смирнова В.И. 185, 186, 187, 188, 190  
Смотрина О.Ю. 289  
Снегирь О.А. 249  
Снигирев А.А. 107  
Снигирь О.А. 118  
Соколова Е.С. 63  
Соколов А.Л. 162  
Соколова Н.С. 251  
Соколова Т.С. 252  
Соловей О.А. 337  
Соловьева Н.А. 125  
Сологуб М.А. 18  
Солодкая Т.И. 327  
Соннов В.В. 253  
Сопко А.В. 246  
Сосин Д.В. 237  
Сосновская Е.И. 44  
Сочкова Л.В. 190  
Старчикова Т.А. 314  
Степанова Н.М. 8  
Столярова С.А. 182  
Строзенко Л.А. 76, 163  
Ступак Т.А. 254  
Сулейманова Л.И. 255  
Сульженко М.Ю. 53, 256  
Сусоева М.Е. 73  
Сутовская Д.В. 257, 258, 259  
Сытова Е.А. 260  
Таги-заде Т.Г. 149  
Тальковский Е.М. 261  
Тамбова Н. А. 262  
Тарабрина А.А. 263  
Тарасова К.И. 321  
Таскина Н.И. 242  
Татиашвили Е.Ф. 312  
Татусь Ю.А. 299  
Тейф В.А. 107  
Тен Ю.В. 264  
Теплякова Е.Д. 23  
Теплякова М.Н. 118  
Тимошина М.И. 211  
Тимощенко Е.Н. 114  
Титова Н.Д. 164, 216, 265  
Тихай О. 141  
Тихонова Н.В. 3  
Тихонович Ю.В. 132, 266  
Тоболева М.А. 51  
Товкань Е.А. 34  
Толстенюк Ю.С. 267  
Толстова С.В. 277  
Топчиу И.Ф. 4  
Торопова О.Е. 305  
Торосян Г.Г. 301  
Трифорова Е.И. 263  
Тропина Е.П. 86

- Трошина В.В. 79  
Трубиллина М.М. 309  
Трунов В.О. 226  
Тукан Д.А. 54  
Турдиева Ш.Т. 176, 268  
Турович И.В. 75  
Туфатулин Г.Ш. 269  
Тхакушинова Н.Х. 270, 271  
Тюльпаков А.Н. 266  
Удовенко А.А. 20  
Улуханова Л.У. 272, 273  
Умарназарова З.Е. 95, 274  
Умарова М.Д. 274  
Умбетова Л.Ж. 1  
Усманова А.И. 194  
Уфимцева М.А. 181  
Ушакова С.А. 42, 86, 94, 173, 288, 300  
Файзиева З.Б. 214  
Файзуллина Р.А. 232, 276  
Файзуллина Р.М. 275  
Фалина О.А. 25, 121  
Фатхуллина И.Р. 81  
Федорова Н.Г. 55  
Федорова О.С. 209, 252, 279  
Федосеенко М.В. 277  
Федотова Г.В. 88, 278  
Федотова М.М. 209, 279  
Федько Н.А. 204, 280, 281, 282, 283  
Филимонов А.Е. 263  
Филиппова О.А. 284  
Филькина О.М. 38, 69, 120, 155, 285  
Фирсова В.Н. 309  
Фирсов Н.А. 309  
Фисюн И.В. 286  
Фомина И.В. 80  
Фоминых М.В. 277  
Хабаета А.В. 287  
Хайрулина Н.Р. 2  
Хайруллина Л.А. 276  
Хайтбаева М. 92  
Халидуллина О.Ю. 42, 94, 288  
Хан А.В. 178  
Хан М.А. 289  
Харламова Н.В. 155  
Харченко В.Е. 326  
Хачирова Л.С. 11  
Хашагульгова Т.А. 300  
Хаялутдинова Л.Р. 36  
Хижников А.В. 226  
Ходжамова Н.К. 91, 214, 290  
Ходжиметова Ш.Х. 291  
Ходинская А.В. 64  
Холмогорова Н.И. 128  
Хомякова Е.В. 29  
Хоха Р.Н. 292  
Храмова Е.Б. 174  
Храпов Д.В. 15  
Хурастеева Е.Н. 293  
Хурс О.М. 220  
Цап Н.А. 88  
Цека Ю.С. 294, 299  
Цыпченко О.В. 242  
Ченуша Ф.В. 154  
Ченцов Д.В. 185, 188, 189  
Чепурок Д.А. 44  
Черепяхина Ю.А. 97  
Черкаева А.Х. 27  
Черненко Ю.В. 39, 127, 260  
Чернобровкина М.А. 295, 296  
Чернышева Н.В. 297  
Черняховская Д.В. 35  
Чеснокова С.А. 129, 298  
Чеченкова Е.В. 227  
Чирков А.Н. 46  
Чичерин Л.П. 319  
Чичуга Е.М. 178, 180  
Чудакова Т.К. 156, 294, 299  
Шайдуллина М.Р. 311  
Шайтарова А.В. 86, 300  
Шальгина М.В. 301  
Шамансурова Э.А. 302  
Шамсиева Л.А. 210  
Шамсиев Ф.М. 210  
Шангареева З.А. 275  
Шаншоева Н.Ш. 175  
Шапель А.В. 82  
Шаповалова Л.А. 304, 305  
Шаповалов К.А. 303, 304, 305  
Шарафутдинова Л.Л. 103, 104, 184, 185, 186, 189, 190  
Шаробаро В.В. 306  
Шахова Н.В. 100, 307  
Шахтактинская Ф.Ч. 277  
Шашель В.А. 308, 309  
Шевлякова А.А. 192  
Шевченко С.А. 32  
Шейбак Л.Н. 310  
Шелкова В.Н. 60  
Шеманаева Е.В. 229  
Шестакова В.Н. 20  
Шикалева А.А. 311  
Шилина Н.М. 211  
Шилина С.А. 312  
Шимченко Е.В. 313  
Шипилова Л.М. 314  
Шипкова А.Д. 236  
Шипкова М.Д. 194  
Шкурят Т.П. 23  
Шлякова Е.Ю. 316  
Шлянина Д.В. 150  
Шолохова В.Р. 152, 153  
Штина И.Е. 143  
Шулаев А.В. 311  
Шуматова Т.А. 108  
Шумова А.Л. 317  
Шурховецкая А.А. 318  
Щеголева В.А. 338  
Щепин В.О. 319  
Щербакова В.П. 320  
Щербина В.А. 26  
Щербина К.Ю. 321

- Эйсмонт Я.Ч. 82  
Эфендиев А.М. 322  
Юн В.Э. 323  
Юрьян Е.А. 26  
Ющенко А.Ю. 324  
Язев В.В. 224  
Якимович Н.И. 325  
Яковенко М.П. 326  
Якубова О.Ш. 210  
Япрынцева М.Д. 183  
Ярец Ю.И. 327
- Calcii Cornelia 328  
Călcii Cornelia 331  
Calistru Andrei 328  
Calistru Iulia 328  
Constantin Olga 328  
Cuznet Ludmila 328, 331  
Ecaterina Stasii 329
- Feghiu Ludmila 328, 331  
Gorelco Tatiana 159  
Griu Corina 328  
Grîu Corina 331  
Groppa St. 331  
Groppa Stanislav 328  
Hadjiu Svetlana 328, 330, 331  
Irina Moldovanu 329  
Lupusor Nadejda 328  
Lupușor Nadejda 331  
Milici Rodica 159  
Moșin Veaceslav 330  
Olesea Nicu 329  
Racoviță Stela 330  
Revenco Ninel 328, 330, 331  
Sprincean Mariana 328, 330, 331  
Stasii Ecaterina 159  
Tatiana Gorelco 329  
Tihai Olga 331



## 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

Терапия дупилумабом сопровождалась устойчивым улучшением симптомов и качества жизни у большинства пациентов с атопическим дерматитом<sup>6-10</sup>

## 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 ОБСТРЕНОВ

до **81%**

у пациентов с исходным уровнем **ЭОЗ-300 кл/мл**, получавших **дупилумаб в дозе 300 мг к2н** в сочетании с базисной терапией<sup>\*\*2</sup>

### ПОЛНАЯ ОТМЕНА ПГКС

до **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, получавших **дупилумаб в дозе 300 мг к2н** в сочетании с базисной терапией<sup>\*\*4</sup>

### T2-АСТМА<sup>3</sup>

**Дупиксент®**  
(дупилумаб)

**Дупиксент®** – биологический препарат, ингибирующий функцию одновременно двух ключевых **цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-13**, играющих роль в **патогенезе астмы<sup>1,2</sup>**

АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ АСТМА

ЗОЗИНОФИЛЬНАЯ АСТМА

ГОРМОНОЗАВИСИМАЯ АСТМА

СМЕШАННАЯ АСТМА

## ОТКРОЙТЕ ДЛЯ СЕБЯ НОВЫЙ ПУТЬ К КОНТРОЛЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНОСИТОМ

В качестве дополнительной поддерживающей терапии взрослых пациентов с плохо контролируемым тяжелым хроническим полипозным риносинуситом<sup>1</sup>

СИСТЕМНЫЕ СТЕРОИДЫ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

РЕЦИДИВ

**Дупиксент®**  
(дупилумаб)

**Дупиксент®** – таргетная биологическая терапия тяжелого хронического полипозного риносинусита, воздействующая непосредственно на механизм заболевания – **T2-воспаление<sup>1,11</sup>**

до **54%**

Улучшение оценки заложенности носа<sup>1, 12</sup>

до **71%**

Улучшение обоняния по оценке UPSIT<sup>1, 11, 12</sup>

до **76%**

Уменьшение потребности в системных кортикостероидах или хирургическом вмешательстве<sup>1, 12</sup>

ЭОЗ – эозинофилы; кл/мл – клеток в микролитре; к2н – каждые 2 недели; ПГКС – пероральные глюкокортикостероиды; ОФВ<sub>1</sub> – объем форсированного выдоха за первую секунду; UPSIT – тест на идентификацию запахов / оценку обоняния, разработанный Университетом Пенсильвании, оценивает обонятельную функцию с помощью определения пациентом 40 запахов.

\*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. **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: 311–321. **3.** Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2021. [Электронный ресурс]. [https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2021/04/GINA-2021-Main-Report-FINAL\\_21\\_04\\_28-WMS.pdf](https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2021/04/GINA-2021-Main-Report-FINAL_21_04_28-WMS.pdf). Дата доступа: 06.10.2021. **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, Thaçi D, Deteran M, et al. *Am J Clin Dermatol*. 2020; 21: 567–577. **8.** Simpson EL, et al. *JAMA Dermatol* 2020; 156(1): 44–56. **9.** Cork MJ, et al. *Br J Dermatol* 2020; 182(1): 85–96. **10.** Falter A, S., Siegfried E, C., Thaçi 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-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Nov; 83(5): 1282–1293. **11.** Bachert C, Han JX, Desrosiers M, et al. Efficacy and safety of dupilumab in patients with severe chronic rhinosinusitis with nasal polyps (LIBERTY NP SINUS-24 and LIBERTY NP SINUS-52): results from two multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel-group phase 3 trials. *Lancet*. 2019; 394(10209): 1638–1650. **12.** Canonica GW, Peters A, T., Desrosiers M, et al. Dupilumab treatment effects are observed after the first dose across atopic dermatitis, asthma, and chronic rhinosinusitis with nasal polyps: data from phase 3 SOLO 1&2, Liberty Asthma QUEST, and SINUS-52 studies. Presented at: 2020 Annual Congress of the Western Society of Allergy, Asthma & Immunology (WSAAI), February 2–6, 2020; Kauai, HI. Poster 30.

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 таргетную 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 дупилумабу 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 неустановленными 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 глюкокортикостероидозависимой 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, бифарит, 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.

sanofi

Для работников здравоохранения.  
Представительство АО «Санofi-авентис груп» (Франция)  
125009, Москва, ул. Тверская, д. 22. Тел.: (495) 721-14-00,  
факс: (495) 721-14-11, [www.sanofi.ru](http://www.sanofi.ru)  
MAT-RU-2104331-2.0-10/2021

**Дупиксент®**  
(дупилумаб)



# 75–80%

ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ  
ИМЕЮТ **ВЫСОКИЙ**  
**РИСК СОХРАНЕНИЯ**  
**ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ**  
**ТЕЛА ВО ВЗРОСЛОМ**  
**ВОЗРАСТЕ**<sup>1</sup>

**Саксенда**<sup>®</sup>  
лираглутид для подкожного введения

**ЕДИНСТВЕННЫЙ АНАЛОГ**  
ГЛЮКАГОНОПОДОБНОГО ПЕПТИДА-1  
(ГПП-1) ОДОБРЕННЫЙ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ  
ВЕСА У ПОДРОСТКОВ СТАРШЕ 12 ЛЕТ<sup>2,3\*</sup>



- Аналогично **человеческому ГПП-1** подавляет чувство голода, тем самым снижая потребление пищи<sup>1</sup>
- **Достоверно эффективнее** снижает массу тела по сравнению с плацебо у подростков старше 12 лет:

**В 4 РАЗА ВЫШЕ**  
ВЕРОЯТНОСТЬ  
СНИЖЕНИЯ ИМТ<sup>4</sup>

БОЛЕЕ,  
ЧЕМ НА  
**10%**

(ОШ: 4,00; 95% ДИ: 1,81, 8,83)

ОШ – отношение шансов; ДИ – доверительный интервал

\* Применяется у подростков при массе тела больше 60 кг и с ожирением.

1. Lifshitz F. Obesity in children. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2008; 1:53–60. 2. Инструкция по применению лекарственного препарата Саксенда<sup>®</sup>, [https://grls.rosminzdrav.ru/Grls\\_View\\_v2.aspx?routingGuid=34eabda7-fc8d-45a5-a03c-b480d354f30&t=, 01.05.2021](https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=34eabda7-fc8d-45a5-a03c-b480d354f30&t=, 01.05.2021) 3. <http://grls.rosminzdrav.ru, 01.05.2021> 4. 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(22): Suppl 5:17.

**Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Саксенда<sup>®</sup>. Регистрационный номер:** ЛП-003491. **Торговое наименование:** Саксенда<sup>®</sup>. **Международное непатентованное наименование:** лираглутид. **Фармакотерапевтическая группа:** Гипогликемическое средство – аналог глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1). **Код АТХ** A10BJ02. **Показания к применению.** Препарат Саксенда<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 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; медуллярный 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; хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IV функционального класса (в соответствии с классификацией NYHA (Нью-Йоркская кардиологическая ассоциация)); одновременное применение других препаратов для коррекции массы тела; применение в комбинации с другими агонистами рецепторов ГПП-1; вторичное ожирение на фоне эндокринологических заболеваний или расстройств пищевого поведения, или на фоне применения лекарственных препаратов, которые могут привести к увеличению массы тела. У пациентов с сахарным диабетом препарат Саксенда<sup>®</sup> не должен применяться в качестве замены инсулина. Опыт применения препарата Саксенда<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> в период беременности и в период грудного вскармливания противопоказано. **Способ применения и дозы.** Препарат Саксенда<sup>®</sup> предназначен только для подкожного введения. Его нельзя вводить внутривенно или внутримышечно. Препарат Саксенда<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 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 z-показателя ИМТ. **Побочное действие.** Нарушения со стороны ЖКТ являлись наиболее часто отмечаемыми побочными эффектами во время терапии препаратом Саксенда<sup>®</sup>. **Передозировка.** По данным ИМТ и пострегистрационного применения лираглутида были зарегистрированы случаи передозировки 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 передозировки 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 холцистит. В КИ была отмечена более высокая частота развития холелитиаза и холцистита у пациентов, получавших препарат Саксенда<sup>®</sup>, по сравнению с получающими плацебо пациентами. Это может быть частично объяснено тем, что значительное снижение массы тела при применении препарата Саксенда<sup>®</sup> может увеличить риск развития холелитиаза и, следовательно, холцистита. Холелитиаз и холцистит могут привести к госпитализации и холцистэктомии. Пациенты должны быть проинформированы о характерных симптомах холелитиаза и холцистита. **Форма выпуска.** Раствор для подкожного введения 6 мг/мл, шприц-ручки №3/5. **Срок годности.** 30 месяцев. **Условия отпуска.** По рецепту. **Для более полной информации см. инструкцию по медицинскому применению лекарственного препарата.**

ТОЛЬКО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ | RU21SX00043

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)



Для лечения пациентов в возрасте 1 года и старше с синдромом короткой кишки (СКК)\*, зависимых от парентерального питания†

## Представьте — жизнь на привязи



Что если в ваших силах освободить пациентов от ПП / ИТ?†  
С Гэттестив — это реально.‡

В клинических исследованиях на фоне терапии Гэттестив у 63% пациентов отмечалось снижение объема ПП/ИТ минимум на 20% в течение 6 месяцев по сравнению с плацебо. Треть пациентов, завершивших 30-месячный курс лечения, достигли полной независимости от ПП/ИТ.<sup>1,2</sup>

Узнайте больше на сайте [синдромкороткойкишки.рф](http://синдромкороткойкишки.рф)

\* Гэттестив показан для лечения пациентов с синдромом короткой кишки (СКК) в возрасте 1 года и старше. Пациенты должны быть в стабильном состоянии после периода адаптации после операции на кишечнике.

† Нутритивная поддержка (НП) включает парентеральное питание и проведение инфузионной терапии (ПП/ИТ).

### Список литературы:

1. Revestive (teduglutide) [summary of product characteristics]. Dublin, Ireland: Shire Pharmaceuticals Ireland Limited; November 2017.
2. Schwartz LK, O'Keefe SJD, Fujjoka K, Gabe SM, et al. Clin Transl Gastroenterol. 2016; 7:e142. doi:10.1038/ctg.2015.69.

### Сокращенная инструкция по применению лекарственного препарата Гэттестив

**Регистрационный номер:** ЛП-007П12. **Торговое наименование:** Гэттестив. **Международное непатентованное наименование:** тедуглутид. **Лекарственная форма:** лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения. **Фармакотерапевтическая группа:** препараты для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и нарушений обмена веществ. **Показания к применению.** Препарат Гэттестив показан для лечения пациентов в возрасте от 1 года и старше с синдромом короткой кишки (СКК). Пациенты должны быть в стабильном состоянии после периода адаптации кишечника после перенесенной операции. **Противопоказания.** Гиперчувствительность к тедуглутиду и/или любому вспомогательному веществу в составе препарата. Диагностированное или подозреваемое злокачественное новообразование. Пациенты с наличием в анамнезе (в течение последних 5 лет) злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, в том числе гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. Детский возраст до 1 года (в связи с отсутствием клинических данных по эффективности и безопасности). **С осторожностью.** Следует соблюдать осторожность при назначении препарата Гэттестив: пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, например, сердеч-

но-сосудистой недостаточностью или артериальной гипертензией; пациентам, принимающим одновременно препараты, требующие титрации дозы или имеющие узкий терапевтический индекс; пациентам с тяжелыми, клинически нестабильными сопутствующими заболеваниями в связи с недостаточными клиническими данными. **Способ применения и дозы. Препарат Гэттестив предназначен только для подкожного введения.** Лечение необходимо начинать под контролем врача, который имеет опыт лечения пациентов с СКК. Терапию не следует начинать до тех пор, пока пациент не достигнет стабильного состояния после периода адаптации кишечника. До начала терапии следует провести оптимизацию и стабилизацию внутривенно вводимой жидкости и парентерального питания. **Режим дозирования.** Рекомендуемая доза препарата Гэттестив составляет 0,05 мг/кг массы тела 1 раз в сутки ежедневно. В случае пропуска дозы препарата необходимо ввести её как можно раньше в этот же день. **Способ применения.** Раствор препарата следует вводить подкожно 1 раз в сутки, ежедневно, чередуя участки инъекции в четырех квадрантах брюшной стенки. **Побочное действие.** Очень часто ( $\geq 1/10$ ) возникали: инфекции дыхательных путей, головная боль, вздутие живота, боль в животе,

тошнота, рвота, реакция в месте инъекции, осложнения со стороны желудочно-кишечной стомы. Часто ( $\geq 1/100$  до  $< 1/10$ ) возникали: гриппоподобное заболевание, снижение аппетита, гиперволемия, тревога, бессонница, хроническая сердечная недостаточность, кашель, одышка, колоректальный полип, стеноз толстой кишки, метеоризм, непроходимость кишечника, стеноз протока поджелудочной железы, панкреатит, стеноз тонкой кишки, холецистит, острый холецистит, периферические отеки. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. Условия отпуска.** Отпускают по рецепту. **Организация, принимающая претензии от потребителей:** ООО «Такеда Фармасьютикалс», 119048 Москва, ул. Усачева, д. 2, стр. 1; Телефон: +7 (495) 933 55 11; Факс: +7 (495) 502 16 25; Электронная почта: [russia@takeda.com](mailto:russia@takeda.com); Адрес в интернете: [www.takeda.com/ru-ru](http://www.takeda.com/ru-ru).

**Полная информация по препарату представлена в инструкции по медицинскому применению препарата («ИМП»).** Настоящая сокращенная инструкция по применению («СИП») представлена исключительно в информационных целях и не может служить в качестве исчерпывающего руководства при назначении и применении препарата.

C-APROM/RU/TED/0121



ООО «Такеда Фармасьютикалс»  
ул. Усачева, д. 2, стр. 1, 119048, г. Москва, Россия  
Тел.: 8 (495) 933 5511, факс: 8 (495) 502 1625,  
[www.takeda.com/ru-ru/](http://www.takeda.com/ru-ru/)

**Гэттестив**  
(тедуглутид) для инъекций