



Конгресс  
педиатров  
России

с международным участием



Союз  
педиатров  
России

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ

Москва, 1-3 марта 2024

Десятилетие детства  
в Российской Федерации  
2018-2027



2024  
ГОД СЕМЬИ

## СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ КОНГРЕССА

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





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

Москва, 1–3 марта 2024 г.



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

# ЧАСТЬ I

## НЕФРОЛОГИЧЕСКИЙ КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, ДО ТРЕХЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

Абдуллина Г.А., Акберова А.А., Гаянова М.А.

ГАУЗ «Городская детская больница № 1» г. Казани, Казань,  
Российская Федерация

**Актуальность.** У недоношенных детей имеется меньшее количество нефронов, так как оно находится в прямой зависимости от гестационного возраста. Необходима оптимизация последующего наблюдения недоношенных детей с позиции нефрологического катамнеза.

**Цель исследования.** Определить частоту и сроки развития нефрологической патологии у недоношенных детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) при рождении в первые три года жизни.

**Пациенты и методы.** Нами было проведено комплексное обследование 78 недоношенных детей с ОНМТ, родившихся на сроке  $30,3 \pm 0,2$  нед, и 42 недоношенных детей с ЭНМТ, родившихся на сроке  $27,5 \pm 0,2$  нед. Было проведено: общий анализ мочи, исследование ферментурии в моче с определением гамма-глутамил-трансферазы (ГГТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), щелочной фосфатазы (ЩФ), ультразвуковое исследование (УЗИ) почек с оценкой почечного кровотока.

**Результаты.** В структуре нефрологической патологии у детей с ЭНМТ и ОНМТ преобладали инфекции мочевой системы (ИМС), которые статистически значимо чаще встречались у детей с ЭНМТ (38%), чем с ОНМТ (14,1%). На втором месте — метаболические тубулоинтерстициальные нефропатии, которые также чаще отмечались у детей с ЭНМТ (33,2%), чем с ОНМТ (14%) ( $p < 0,05$ ). На третьем месте — тубулоинтерстициальный нефрит, который отмечался у 14,2% детей с ЭНМТ и 8,9% детей с ОНМТ ( $p > 0,05$ ). Частота нефрологической патологии была максимальной в первые 2 года, снижаясь в 3,5–4 раза к трем годам. Показатели паренхиматозного повреждения демонстрировали более высокую активность ферментов (ЩФ, ЛДГ, ГГТ) в подгруппе детей с ЭНМТ по сравнению с подгруппой ОНМТ ( $p < 0,05$ ). В подгруппе ОНМТ в возрасте до одного года уровень ЛДГ и ГГТ статистически значимо выше, чем в контрольной группе. Данные УЗИ почек показали, что недоношенные дети к трем годам жизни отстают по размерам почек от своих сверстников, рожденных в срок.

**Заключение.** У детей с ЭНМТ и ОНМТ до достижения трехлетнего возраста развивалась нефрологическая патология, в структуре которой преобладали ИМС, метаболические тубулоинтерстициальные нефропатии, тубулоинтерстициальный нефрит. Частота нефрологической патологии была максимальной в первые 2 года, снижаясь в 3,5–4 раза к трем годам. Дети с ЭНМТ при рождении имеют более высокую частоту развития нефрологической патологии, чем дети с ОНМТ при рождении, до достижения ими возраста 3 лет.

## НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОРЕНБУРГСКОГО РЕГИОНА

Абубакирова А.В., Скачкова М.А., Карпова Е.Г., Тарасенко Н.Ф.,  
Рыбалкина М.Г.

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

**Актуальность.** Избыточная масса тела и ожирение у детей являются наиболее актуальными проблемами современности в связи с широкой распространенностью, развитием метаболических нарушений и их устойчивым трекингом во взрослую жизнь.

**Цель исследования.** Оценить результаты клинического и инструментально-лабораторного обследования, исследования генов-кандидатов ожирения и генеалогического анамнеза детей и подростков с избыточным весом в Оренбургском регионе.

**Пациенты и методы.** На базе Центра здоровья для детей обследованы 100 учащихся Оренбургского региона 6–17 лет: 70 детей с избыточной массой тела (от +1,0 до +2,0 SDS ИМТ) и 30 детей с нормальной массой тела ( $\pm 1,0$  SDS ИМТ, контрольная группа). Провели оценку данных генеалогического анамнеза, биоимпедансометрию, исследование липидного профиля и определение полиморфных аллелей генов-предикторов ожирения. Различия величин в сравниваемых группах признавались статистически достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Анализ данных генеалогического анамнеза выявил существенное различие в частоте сердечно-сосудистых и обменных заболеваний среди родственников детей изучаемых групп. Артериальная гипертензия, СД и ожирение встречались у родственников детей основной группы I (65,2%) и II (87,9%) степени родства чаще, чем у контрольной группы — 12,0% ( $p < 0,001$ ) и 42% ( $p < 0,001$ ) соответственно.

При оценке данных биоимпедансометрии установлено, что ЖМТ (жировая масса тела) у детей основной группы достоверно чаще значительно превышала нормативные показатели по сравнению с контрольной группой (98% против 10%,  $p < 0,001$ ).

При исследовании показателей липидов крови выявлено, что отклонения значений ОХС, ТГ, ЛПВП, ЛПНП отмечались у 17% детей с избыточной массой тела, тогда как в контрольной группе данные показатели не превышали установленные нормы.

Анализ данных генотипирования показал, что 80% детей основной группы были носителями генетических полиморфических вариантов ожирения: A23525T rs9939609 гена *FTO* и C68777G rs1801282 гена *PPARG2*, тогда как в контрольной группе носительство полиморфного генотипа встречалось только у 18%.

**Заключение.** Основными факторами риска развития ожирения и ассоциированных с ним заболеваний у детей являются отягощенный генеалогический анамнез по сердечно-сосудистой и эндокринной патологии, увеличение ЖМТ, отклонение показателей липидного профиля и носительство генетического полиморфизма генов *FTO* и *PPARG2*.

## ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ

Адельмурзина А.И.

Кафедра факультетской педиатрии с курсом неонатологии и симуляционным центром ИДПО ГОУ ВПО БГМУ Минздрава России, Уфа, Российская Федерация

**Актуальность.** Недоношенность является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности среди детей в возрасте до 1 года. Недоношенные дети рождаются с незрелой гормональной системой, часто имеют дисфункцию гипофизарной оси, что негативно влияет на их здоровье.

**Цель исследования.** Провести анализ постнатального периода недоношенных новорожденных с повышенным уровнем тиреотропного гормона (ТТГ) в крови. Выявить факторы, ассоциированные с развитием дисфункции тиреоидной системы.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни недоношенных новорожденных ( $n = 68$ ), которые имели повышенный уровень ТТГ в раннем неонатальном периоде. Результаты ТТГ были получены путем анализа скрининга новорожденных на врожденный гипотиреоз. Далее проведен сравнительный анализ с контрольной группой недоношенных новорожденных, которые не имели повышения уровня ТТГ в ранний неонатальный период ( $n = 70$ ). Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 3.1.10. Количественные показатели с нормальным распределением описывались с помощью средних арифметических величин ( $M$ ) и стандартных отклонений ( $SD$ ). При отсутствии нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы ( $Me$ ), нижнего и верхнего квартилей ( $Q_1-Q_3$ ). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей.

**Результаты.** В основной группе недоношенных новорожденных с дисфункцией тиреоидной системой антропометрические данные варьировали: масса тела —  $1668,62 \pm 454,70$  г, рост —  $41,55 \pm 3,77$  см, гестационный возраст —  $32 \pm 3$  нед. По шкале APGAR на 1-й мин оценка была 5 (5–6) баллов, на 5-й мин — 7 (6–7) баллов. Уровень ТТГ при первичном тестировании — 7,79 (5,84–19,97) мЕд/л, при вторичном тестировании — 5,58 (3,12–9,40) мЕд/л. Женский пол составил 58,6%, мужской — 41,4%. Недоношенные новорожденные, рожденные путем кесарева сечения, — 75,9%, беременность при помощи ЭКО — 6,9%, многоплодная беременность — 17,2% случаев. В 27,6% имелся перинатальный контакт с COVID-19. Асфиксия в родах слабой и умеренной степени встречалась в 62,1%.

Основная часть заболеваемости недоношенных была связана с респираторной системой и поражением ЦНС. РДС — 58,6%, дыхательная недостаточность — 86,2%, пневмония — 69,0%, церебральная ишемия — 93,1%, в 20,7% наблюдалось ВЖК. Внутриутробная инфекция наблюдалась у 6,9%. Сопутствующими заболеваниями были анемия — 37,9%, задержка внутриутробного развития — 24,1%, геморрагический синдром — 13,8%, желтуха новорожденных — 27,6%, дети из группы риска по развитию ретинопатии составили 51,7%. Гемолитическая болезнь новорожденных встречалась в 3,4% случаев. При анализе тиреоидной системы выявлено, что 13,8% недоношенных новорожденных был выставлен диагноз «врожденный гипотиреоз», а у 44,8% — «транзиторный гипотиреоз», 41,4% имели повышение уровня ТТГ при первичном тестировании, при повторном анализе этот показатель пришел в норму. Часто наблюдалось открытое овальное окно — 65,5%, пороки сердца встречались у 34,5% детей, из них малые аномалии развития — у 28%.

Анализ уровня ТТГ при первичном тестировании на наличие ВПС выявил зависимость, которая характеризуется коэффициентом корреляции —  $r_{xy} = 0,395$ . Это соответствует умеренной тесноте связи по шкале Чеддока, зависимость была статистически значимой ( $p = 0,034$ ). Также были проанализированы и другие состояния недоношенных новорожденных (РДС, ДН, желтуха, геморрагический синдром, перинатальный контакт с вирусом COVID-19, многоплодная беременность), получена регрессионная модель с коэффициентом корреляции —  $r_{xy} = 0,954$ , что соответствует высокой тесноте связи по шкале Чеддока, зависимость была статистически значимой ( $p < 0,001$ ). Полученная модель объясняет 91,1% наблюдаемой дисперсии уровня ТТГ при первичном тестировании.

**Заключение.** На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что дисфункция тиреоидной системы у недоношенных новорожденных является мультифакторным состоянием, которое может быть связано с различными факторами, как перинатального, так и постнатального периода. Недостатком данного исследования является малый размер выборки, требуются дальнейшие исследования в данном направлении.

Ранняя диагностика и лечение дисфункции тиреоидной системы у недоношенных новорожденных позволяет улучшить их прогноз и предотвратить развитие долгосрочных последствий.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ МАЛЕНЬКИМИ ДЛЯ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА**

**Алиева У.А., Гараева С.З., Джафарова С.С.**

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика*

**Актуальность.** Малый срок у гестации по-прежнему остается актуальной проблемой в перинатологии и педиатрии. Рост числа детей, маленьких для гестационного возраста (МГВ), особенно заметен в последние годы. Дети с диагнозом МГВ составляют 28–45% случаев мертворождений и имеют более высокий риск задержки нервного развития, детского и взрослого ожирения и других метаболических заболеваний.

**Цель исследования.** Анализ структуры неонатальной заболеваемости доношенных новорожденных, родившихся с малыми размерами для гестационного возраста.

**Пациенты и методы.** Проведено клинико-anamnestическое, лабораторно-инструментальное обследование и наблюдение за 143 доношенными новорожденными с МГВ (массой тела при рождении менее 10-го перцентиля к сроку гестации), родившимися на сроке 37–41 нед гестации.

**Результаты.** В структуре заболеваемости новорожденных с МГВ  $68,6 \pm 3,5\%$  составили нарушения дыхания (внутриутробная гипоксия, родовая асфиксия, респираторный дистресс-синдром, врожденная пневмония, неонатальные аспирационные синдромы и др.), родовые травмы —  $55,2 \pm 3,8\%$ . Частота заболеваний сердечно-сосудистой системы (сердечная недостаточность, аритмия, артериальная гипертензия и др.) составила  $35,5 \pm 3,6\%$ . Инфекционные заболевания, такие как врожденные вирусные инфекции, бактериальный сепсис, кандидоз, конъюнктивит, омфалит и др., встречаются в  $44,8 \pm 3,8\%$  случаев, геморрагические и гематологические нарушения —  $15,7 \pm 2,8\%$ , нарушения системы пищеварения —  $6,4 \pm 1,9\%$ , врожденные аномалии —  $10,5 \pm 2,3\%$ , эндокринные и метаболические нарушения —  $18,0 \pm 2,9\%$  случаев.

**Заключение.** Динамика заболеваемости детей с диагнозом МГВ показывает, что наиболее распространенными являются заболевания органов дыхания и нервной системы. Перинатальная патология во многом определяет формирование инвалидности и снижение качества жизни в детском возрасте.



## **SARS-COV-2 КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

**Алиева Э.И., Поддубный И.В., Сытьков В.В., Цаца М.В.**

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

**Актуальность.** Тяжелый острый респираторный синдром, вызванный коронавирусом (SARS-CoV-2), оказал значительное влияние на течение многих заболеваний. Ряд исследователей рассматривают перенесенную SARS-CoV-2 как фактор риска развития воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК).

**Цель исследования.** Демонстрация девочки-подростка с болезнью Крона, у которой заболевание возникло на фоне течения SARS-CoV-2 (подтвержденная вирусная ковид-ассоциированная пневмония с дыхательной недостаточностью и положительным тестом ПЦР).

**Пациенты и методы.** На базе Центра ВЗК ФНКЦ детей и подростков ФМБА России проходила лечение девочка-подросток с диагнозом: болезнь Крона, сочетанное поражение, стенозирующая и пенетрирующая форма. Состояние после многократных операций (абсцессы передней брюшной стенки, инфильтрат правой подвздошной области). Обследование проводилось комплексно: илеоколоноскопия с взятием биопсии, МРТ малого таза, КТ с контрастированием, МР-энтерография, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, лабораторные методы исследования, в том числе оценка уровня фекального кальпротектина и белков острой фазы воспаления.

**Результаты.** Из анамнеза известно, что в июне 2021 г. девочка перенесла COVID-19; с 08.2021 появились боли в животе с иррадиацией в правую нижнюю конечность. С 09.09.2021 по 18.10.2021 пациентка находилась в хирургическом отделении по месту жительства, отмечалось повышение температуры тела до 39,5 °С, СРБ — до 145 мг/л. Проводились лапароскопическая аппендэктомия, санация брюшной полости; выписана с диагнозом: хронический аппендицит, аппендикулярный инфильтрат. В ноябре 2021 г. — повторная госпитализация по месту жительства с жалобами на повышение температуры тела до 39 °С, боли в животе с иррадиацией в правую нижнюю конечность. На МРТ брюшной полости от 17.11.2021 выявлено крупное жидкостное образование забрюшинного пространства. При повторной диагностической лапароскопии — адгезиолизис, проведены ревизия брюшной полости, вскрытие внутримышечного абсцесса правой подвздошной мышцы. В декабре 2021 г. со сходными жалобами вновь поступила в хирургическое отделение. Проведены вскрытие, дренирование правостороннего псоас-абсцесса, абсцесса послеоперационной раны надлобковой области, абсцесса передней брюшной стенки. На КТ выявлен абсцесс правой ягодичной и подвздошной мышц с инфильтративными изменениями стенок кишечника на уровне илеоцекального угла. При колоноскопии выявлено свищевое отверстие в области ануса. Отмечалось тотальное поражение слизистой оболочки толстой кишки — в восходящей и слепой кишках большая часть стенок в виде обширного глубокого изъязвления с большим количеством грануляций, постъязвенными рубцами, формирующимся псевдополипами. Диагностирована болезнь Крона; далее девочка лечилась в отделении гастроэнтерологии ФНКЦ детей и подростков ФМБА. Проводилась комплексная терапия (антибактериальная, иммуносупрессивная, генно-инженерная терапия с использованием препарата Инфликсимаб). На фоне лечения состояние значительно улучшилось, лабораторные показатели нормализовались, значительно улучшилась эндоскопическая картина. Несмотря на проводимое лечение, по данным при МР-энтерографии, илеоколоноскопии отмечалось уплотнение терминального отдела подвздошной кишки до 8,0 мм, просвет кишки был сужен до 4,0 мм, выявлен свищ восходящей части ободочной кишки. В мае 2022 г. в связи с выявленным стенозом терминального отдела подвздошной кишки проводились лапароскопическая резекция илеоцекального угла, формирование тонко-толстокишечного анастомоза. Послеоперационный период протекал без осложнений. Катамнестическое наблюдение — около 2 лет. Помимо клинической ремиссии, отмечается стабилизации лабораторных показателей. Пациентка продолжает получать цитостатическую терапию азатиоприном в сочетании с препаратом анти-TNF- $\alpha$  (инфликсимаб).

**Заключение.** Представлено собственное клиническое наблюдение девочки-подростка, у которой SARS-CoV-2, вероятно, выступил в качестве пускового механизма развития болезни Крона. Наше наблюдение согласуется с данными научной литературы, свидетельствующими о возможной связи нарушений микробиоты и иммунной дисрегуляции после перенесенного COVID-19 с дальнейшим развитием ВЗК. Помимо этого, представленный случай свидетельствует о малой осведомленности хирургов о болезни Крона, что привело к многочисленным инвазивным манипуляциям и поздней диагностике данного заболевания.

## ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ПИЩЕВОДА III СТЕПЕНИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ

Алиева Э.И., Трунов В.О., Маликова И.О.

ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России», Москва, Российская Федерация  
ГБУЗ МО МОЦОМД, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Химические ожоги пищевода — довольно распространенный вид травмы у детей (чаще в возрасте 3–5 лет), возникающей вследствие случайного или преднамеренного приема концентрированных растворов органических или неорганических кислот, растворов щелочей, а также сильных окислителей, сопровождающийся повреждением стенки на различную глубину. Глубина поражения и распространенность ожога зависят от вида прожигающего вещества, его концентрации, количества и времени контакта с тканями организма. В тяжелых случаях ожог пищевода сопровождается признаками экзотоксического отравления с клиническими проявлениями — острая сердечно-сосудистая недостаточность, угнетение сознания, развитие острой почечной недостаточности.

**Цель исследования.** Продемонстрировать клинический случай химического ожога пищевода III степени в сочетании с ожогом желудка и двенадцатиперстной кишки I–II степени у ребенка раннего возраста вследствие употребления уксусной эссенции.

**Пациенты и методы.** Проанализирована история болезни девочки 2021 г. р., включая данные анамнеза, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Поступила в отделение гастроэнтерологии ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России» для оценки состояния в динамике и контроля эндоскопической картины.

**Результаты.** 19.01.2023 в 22:00 ребенок выпил неизвестное количество уксусной эссенции, отмечалось обильное слюнотечение. Бригадой скорой медицинской помощи выполнено промывание желудка до чистых вод. Девочка госпитализирована в хирургическое отделение ГБУЗ МО МОЦОМД. На момент поступления в общем анализе крови от 20.01.2023 — лейкоцитоз до  $17,2 \times 10^9/\text{л}$ , другие показатели — без отклонений. По данным ЭГДС от 20.01.2023 — катаральный фарингит (ожог I степени), распространенный язвенный ожоговый эзофагит (ожог III степени), распространенный язвенный гастрит (ожог III степени), эрозивно-геморрагический бульбит (ожог II степени), признаки состоявшегося желудочно-кишечного кровотечения. Во время госпитализации ребенку проводилось энтеральное питание, инфузионная терапия солевыми растворами, антибактериальная, гастропротекторная, гормональная и симптоматическая терапия. Через неделю ребенок уже хорошо усваивал твердую пищу. Выписан в стабильном состоянии, рекомендовано продолжить прием антацидных и обволакивающих препаратов, проведение ЭГДС через 4 нед. 20.03.2023 в отделении гастроэнтерологии ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России» проведено контрольное обследование: УЗИ брюшной полости — признаки умеренных реактивных изменений в печени и поджелудочной железе, умеренное увеличение линейных размеров печени, деформация желчного пузыря, повышенная секреция желудка, метеоризм. По данным ЭГДС — на момент осмотра патологии в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке и начальных отделах тощей кишки нет.

**Заключение.** Как правило, глубокий химический ожог пищевода вызывает рубцовые изменения, стриктуры, рубцовое укорочение пищевода, в ряде случаев — хроническое изъязвление стенки пищевода, что требует длительной реабилитации, а также хирургической коррекции. Данный клинический случай демонстрирует благоприятный исход химического ожога пищевода III степени в виде полного восстановления архитектоники слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта в связи со своевременным оказанием квалифицированной медицинской помощи.



## СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ У ДЕТЕЙ: ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Аманова М.А.<sup>2</sup>, Холостова В.В.<sup>1, 2</sup>, Разумовский А.Ю.<sup>1, 2</sup>, Смирнов А.Н.<sup>1, 2</sup>,  
Митупов З.Б.<sup>1, 2</sup>

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

<sup>2</sup> ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Синдром верхней брыжеечной артерии (СВБА) у детей является редкой причиной хронической дуоденальной непроходимости, вызванной сдавлением нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки (ДПК) между аортой и отходящей от нее под острым углом верхней брыжеечной артерией (ВБА). В литературе предложены различные методики хирургической коррекции заболевания, но не проведен сравнительный анализ их эффективности.

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ результатов использования обходных анастомозов (дуоденоюноанастомоз «бок-в-бок», дуоденоюноанастомоз по Ру) при СВБА у детей.

**Пациенты и методы.** С 2012 по 2023 г. в ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» на лечении находились 34 пациента с СВБА. Детям 1-й группы выполнен лапароскопический обходной дуоденоюноанастомоз «бок-в-бок» (21 ребенок — 61,8%), 2-й группы — дуоденоюноанастомоз по Ру (13 детей — 38,2%). Проведен ретро- и проспективный анализ результатов лечения. Средний возраст составил 15 лет 7 мес (от 8 лет 5 мес до 17 лет 8 мес). В гендерном составе преобладали девочки — 85,3%. Всем детям проведены следующие обследования: УЗИ, рентгеноскопия и КТ ОБП с контрастированием, ФЭГДС, лабораторные анализы. Физическое развитие оценивали в программе WHO AnthroPlus.

**Результаты.** Группы были сопоставимы по антропометрическим показателям, гендерному составу и возрасту. Причины СВБА: потеря массы, обусловленная нервно-психическими заболеваниями, — 29,4%; скачок роста — 26,5%; потеря массы, обусловленная иными причинами (операции и заболевания, сопровождающиеся потерей массы и др.), — 23,5%; без явной причины — 17,6%, коррекция сколиоза — 2,9%. Установлены статистически значимые различия в длительности оперативного вмешательства — в 1-й группе:  $78,10 \pm 21,53$  мин, во 2-й группе:  $103,46 \pm 18,19$  ( $p = 0,001^*$ ). В течение послеоперационного периода и осложнений статистически значимой разницы в группах не было. В 8,8% (3 пациента) случаев развилось кровотечение в области операции, в 5,9% (2 пациента) — реактивный панкреатит.

**Заключение.** Статистически значимой разницы в результатах применения обоих типов операций не выявлено. Преимуществом выполнения лапароскопического обходного дуоденоюноанастомоза «бок-в-бок» является меньшая травматичность, его простота и скорость выполнения.

## РЕБЕНОК С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СТАЦИОНАРЕ: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНЫХ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Апухтина А.А., Воротникова Н.А., Казиханова М.А., Попова С.В.

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

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) — тяжелое заболевание с выраженным психосоматическим компонентом, связанное с особенностями детско-материнских отношений и семейного воспитания. В условиях неблагоприятной психологической обстановки (госпитализация) необходимо учитывать влияние семейных факторов на течение БА у детей.

**Цель исследования.** Изучить психологические особенности функционирования семьи с детьми, страдающими БА, в условиях стационара (госпитализации).

**Пациенты и методы.** В условиях ОДП УКБ № 1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ 30 пациентам 10–17 лет с диагнозом БА, установленным на основании критериев, изложенных в Национальной программе «БА у детей» (2021) и GINA (2023). Проведено психологическое тестирование «Фильм-тест» Рене Жиля — проективная методика для выявления конфликтных зон в системе межличностных отношений ребенка, воздействия на эти отношения и влияния на дальнейшее развитие личности. Статистическая обработка данных выполнена в программе «Statistica 7.0» с использованием *U*-критерия Манна – Уитни.

**Результаты.** Гендерное распределение: девочки — 18 человек (60%), мальчики — 12 человек (40%); средний возраст —  $13,1 \pm 3,0$  года. Распределение по степени тяжести течения БА: легкое — 9 человек (30%), среднетяжелое частично контролируемое — 11 человек (36,7%), тяжелое частично контролируемое — 10 человек (33,3%). Средняя продолжительность легкой БА —  $3,2 \pm 3,1$  года, среднетяжелой частично контролируемой —  $4,1 \pm 7,4$  года, тяжелой частично контролируемой —  $5 \pm 1,2$  года. Все респонденты — жители крупного промышленного центра. Социальный статус пациентов: в полной семье воспитываются 26 человек (86,7%), в неполной — 4 человека (13,3%). Для больных с легкой БА характерны более конфликтные внутрисемейные отношения, чем при среднетяжелой и тяжелой степени (22% против 1 и 0% соответственно,  $p \leq 0,05$ ). У пациентов с тяжелой астмой семейные взаимоотношения ребенка с родителями выстраиваются путем более дистантного взаимодействия в 70% случаев, в то время как при легкой — у 55% и среднетяжелой — у 64% детей ( $p \leq 0,05$ ). Достоверно больший дефицит эмоциональных контактов с родителями установлен в группе пациентов с тяжелой БА (90%) и со среднетяжелой БА (82%) по сравнению с больными с легким течением астмы — 67% ( $p \leq 0,05$ ). При исследовании неудовлетворенности потребности во внимании со стороны родителей выявлена аналогичная тенденция. Жесткая система семейного функционирования с доминирующей матерью, преобладание ригидных установок в распределении ролей стали характерными для семей пациентов с тяжелой БА (70%).

### Заключение.

1. Неблагополучные семейные взаимоотношения, более дистантные и формализованные контакты в семье выявлены у 2/3 пациентов с тяжелой БА (70%).
2. Низкая удовлетворенность потребности во внимании со стороны родителей при госпитализации установлена у 82% детей при среднетяжелом течении БА.
3. Пациенты со среднетяжелой и тяжелой БА, находящиеся на стационарном лечении, нуждаются в психологической поддержке семьи, системной семейной психотерапии для оптимизации внутрисемейных отношений, выработки конструктивных способов семейного функционирования.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕБАКТЕРИАЛЬНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА: ОПЫТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА

**Арефьева А.Н., Маткава В.Г., Арсеньева С.В., Каледа М.И., Салугина С.О., Федоров Е.С., Никишина И.П.**

*ФГБНУ «НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Хронический небактериальный остеомиелит (ХНО) — мультифакториальное аутовоспалительное заболевание, характеризующееся поражением костной ткани в детском возрасте, в основе которого лежит цитокиновый дисбаланс. Взаимосвязь ревматических заболеваний с ХНО позволяет заимствовать опыт из ревматологической практики и расширяет арсенал терапевтических опций для курации данных пациентов.

**Цель исследования.** Анализ клинико-инструментальных особенностей и терапевтических подходов у пациентов с ХНО, наблюдавшихся в детском отделении ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой.

**Пациенты и методы.** Проанализирована база данных 70 пациентов с верифицированным диагнозом ХНО, прошедших стационарное обследование в детском отделении Института ревматологии за период с 2018 по 2023 г. Всем пациентам был выполнен стандартный комплекс обследований, включающий рентгенографию, МРТ всего тела и/или МСКТ для визуализации очагов остейта. Поражение костей инфекционного и злокачественного генеза было исключено. Для оценки активности заболевания и терапевтического эффекта использовалась шкала JADAS.

**Результаты.** Средний возраст дебюта заболевания среди всей когорты ( $n = 70$ ) пациентов составил 9,6 (1,3; 16,5) года. В нашей когорте пациентов преобладали девочки (40 : 30). Полное соответствие критериям ILAR для ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) было у 55 детей (полиартрит — 33, олигоартрит — 22) и у 15 человек — ювенильный анкилозирующий спондилит (ЮАС). По нашим данным, костные поражения (остейты, деструкции) находились преимущественно в костях таза (28%), бедренной кости (41%), большеберцовой (56%), малоберцовой (24%), поясничном отделе позвоночника (20%), ключицах (12%). Внескелетные проявления отмечались у 13 человек (акне — 3, увеит — 1, ВЗК — 2, псориаз — 7). Положительный HLA-B27 наблюдался у 13 детей. В 30 случаях сакроилеит был подтвержден данными МРТ. Все пациенты получали НПВП, метотрексат (46%), сульфасалазин (21%), бисфосфонаты (16%), ГК (14%). 49 человек получали преимущественно ГИБП и TNF в качестве 1-й линии терапии. Персистирующие артриты, тяжелое течение ХНО, новые очаги деструкции и остейтов являлись обоснованием для назначения ГИБП. Всего выполнено 59 назначений (48 — 1-я линия, 9 — 2-я линия, 2 — 3-я линия). С 2022 г. тофацитиниб стал новой опцией в терапии ХНО в качестве 1-й линии. В большинстве случаев достигнут неактивный статус заболевания.

**Заключение.** Опыт применения ГИБП (ингибиторов TNF- $\alpha$ ) и ТОФА у большой группы пациентов с ХНО показал возможность эффективного контроля за активностью заболевания, позволяющую предупредить развитие деструкции костей и улучшить прогноз. Перспективы применения других биологических мишеней ГИБП пока неопределенные и требуют дальнейшего изучения.



## ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ КОСТНАЯ ГЕТЕРОПЛАЗИЯ: МАЛОИЗВЕСТНАЯ ПРИЧИНА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОССИФИКАЦИИ У ДЕТЕЙ. СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

Арсеньева С.В., Никишина И.П., Маткава В.Г., Арефьева А.Н.

ФГБНУ «НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Прогрессирующая костная гетероплазия (ПКГ) — это ультраредкое наследственное заболевание, обусловленное мутациями в гене *GNAS*, тип наследования — аутосомно-доминантный. Характеризуется прогрессирующей гетеротопической оссификацией (ГО), которая начинается в дерме и прогрессирует в глубокие слои кожи и скелетные мышцы.

**Цель исследования.** Описать серию случаев ПКГ, проанализировать основные клинические проявления и разнообразие мутаций *GNAS* у пациентов с ПКГ.

**Пациенты и методы.** Среди детей, обследованных в нашем центре с различными типами ГО, включая прогрессирующую оссифицирующую фибродисплазию и травматическую ГО, мы выявили 6 детей с ПКГ. Все пациенты соответствовали диагностическим критериям ПКГ, которые включали наличие поверхностной и глубокой ГО, отсутствие признаков наследственной остео дистрофии Олбрайта и гормональной резистентности к паратгормону. У всех пациентов диагноз был подтвержден молекулярно-генетически.

**Результаты.** Проанализированы данные 6 пациентов с ПКГ (4 мальчика и 2 девочки); средний возраст дебюта заболевания составил 22,1 мес (от 2 нед до 4 лет). У всех пациентов была задержка постановки диагноза от 2,5 до 18 лет (одна пациентка в течение 7 лет наблюдалась с диагнозом ювенильного дерматомиозита с кальцинозом). Биопсия кожи была проведена у 5 пациентов (по данным гистологии — клетки костной ткани, воспаление) и привела к значимому прогрессированию ГО. Одностороннее поражение по дермомиотомальному типу с поражением верхних или нижних конечностей без пересечения средней линии было выявлено у 3 пациентов (50%), у 2 из них было тяжелое повреждение кожи в виде цианотичной окраски кожи, фиброза и спаянности с подкожно-жировой клетчаткой. У этой группы пациентов наблюдалось выраженное ограничение подвижности суставов с развитием анкилозов, а также значительное укорочение конечностей в 2 случаях. Двустороннее асимметричное поражение с поверхностными распространенными оссификатами в разных частях тела без функциональных нарушений было выявлено у 3 пациентов (50%). При этом не отмечалось поражения кожи, за исключением травматизации кожи при выходе оссификатов наружу с развитием вторичного инфицирования. У всех пациентов были выявлены различные мутации гена *GNAS*, у 4 — *de novo*, в 2 случаях родители еще не обследованы.

**Заключение.** Наш опыт диагностики ультраредкого заболевания ПКГ позволил выявить два ранее не описанных фенотипа: односторонний дермомиотомальный тип распределения глубоких оссификатов с тяжелым поражением кожи и быстрой инвалидизацией и фенотип с мозаичным хаотичным распределением поверхностных оссификатов без значимых функциональных нарушений. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы понять взаимосвязь между типом мутации *GNAS* и вариабельностью фенотипов ПКГ.

## **ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПОПАВШИМ В ТРУДНУЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ, НА ОСНОВАНИИ РАБОТЫ КУРСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО КРАСНОГО КРЕСТА**

**Архипова А.Г., Бец О.Г., Еремина К.Ю.**

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

**Актуальность.** Оказание помощи детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию — одно из приоритетных направлений работы Курского регионального отделения Российского Красного Креста. Основываясь на принципах инклюзии, волонтеры помогают детям пережить травматический опыт.

**Цель исследования.** Создание комплексной программы оказания социально-психологической помощи детям на базе Курского регионального отделения Российского Красного Креста.

**Пациенты и методы.** Под руководством волонтеров находятся около 20 детей, разделенных на группы (средний возраст  $8 \pm 3$  года). В основе работы лежит создание поддерживающей и принимающей атмосферы, в которой ребенок будет чувствовать себя в безопасности. Используя методики арт-терапии, игротерапии, проводя тренинги на сближение внутри команды, волонтеры помогают детям преодолеть барьеры в общении друг с другом и с окружающими людьми, успешно адаптироваться к изменившимся условиям жизни.

**Результаты.** При составлении плана предстоящих мероприятий добровольцы стремятся обеспечить индивидуальный подход к каждой возрастной группе, тем самым добиваясь высоких результатов и поставленных целей. При помощи используемых методик у детей улучшается эмоциональное состояние, в группе они приобретают новые знакомства, справляются с травмирующим фактором. Важна и родительская поддержка после посещения занятий. Совместная работа усиливает и активизирует потенциал семей, расширяет их участие в общественной жизни. Плодотворная дневная занятость детей увеличивает пользу добровольческой деятельности, привлекая к себе внимание не только новых подопечных со схожими проблемами, но и волонтеров, готовых им помочь. Регулярные опросы родителей демонстрируют, что программа способствует развитию творческого воображения и социальных навыков детей, дает возможность проявить свои таланты, помогает раскрепоститься в общении.

**Заключение.** В Российском Красном Кресте создана и реализуется программа помощи детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Волонтеры поддерживают определенную атмосферу и работают, придерживаясь принципов безопасности, веселья и инклюзивного подхода к каждому ребенку, уделяя необходимое внимание всем подопечным. Вместе с родительской поддержкой усиливается положительный эффект от проведенных мероприятий, тем самым повышается спрос на волонтерскую деятельность в педиатрической практике.



## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЕМ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ

Афони́на Н.М., Михеева И.В.

ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Инфекция, вызванная вирусом *Varicella Zoster* (VZV), дебютирующая клиникой ветряной оспы (ВО), способна рецидивировать через много лет в виде опоясывающего лишая (ОЛ) на фоне снижения иммунитета. Развитие ОЛ у детей вызывает особый интерес, так как у некоторых его диагностируют без ВО в анамнезе.

**Цель исследования.** Изучение эпидемиологических особенностей ОЛ у детей на начальном этапе внедрения эпидемиологического надзора за VZV-инфекцией в России.

**Пациенты и методы.** Использован эпидемиологический метод исследования. Материалами стали данные о заболеваемости ОЛ формы государственного статистического наблюдения № 2 и системы ОРУИБ отдела государственной регистрации инфекционных заболеваний ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» за 2019–2022 гг.

**Результаты.** Установлено, что на долю детей в возрастной структуре заболевших ОЛ в Российской Федерации ежегодно приходилось около 10% — среди детей диагностировали 1298–1754 случая ОЛ в год. Показатели заболеваемости увеличивались с возрастом: в группе детей 7–17 лет уровни заболеваемости ОЛ были наибольшими (5,6–8,4 на 100 тыс. детей данного возраста), среди детей 3–6 лет аналогичные показатели были в 2 раза ниже (2,2–3,4 на 100 тыс. детей данного возраста). Обращают на себя внимание ежегодно регистрируемые случаи ОЛ у детей в возрасте до 1 года (9–18 случаев в год) с максимальным их числом в 2020 г., что косвенно может свидетельствовать о приобретении новорожденными латентной VZV-инфекции от матерей, заражение которых произошло во время беременности.

В Москве многолетняя динамика показателей заболеваемости ОЛ демонстрирует рост с 2,0 детей на 100 тыс. в 2019 г. до 4,6 детей на 100 тыс. в 2022 г. со среднегодовым темпом прироста 30%. Для выявления причин роста показателей заболеваемости ОЛ у детей в Москве необходимо дальнейшее наблюдение.

**Заключение.** Таким образом, проблема заболеваемости ОЛ актуальна для педиатрии. Заболевание встречается во всех возрастных группах детского населения, а случаи у детей раннего возраста указывают на наличие повышенного риска развития врожденных форм инфекции.

Учитывая, что заболевшие ОЛ являются источниками вируса для неиммунных детей, надзор за ОЛ среди детского населения особенно важен в условиях отсутствия национальной программы иммунизации детей против ВО в Российской Федерации.



## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ TOF-МОНИТОРИНГА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ КЛИПИРОВАНИИ ЯИЧКОВОЙ ВЕНЫ

Барышева Е.Д., Руденко С.В.

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

**Актуальность.** Нейромышечный блок — одна из главных составных частей анестезиологического пособия при лапароскопических интраабдоминальных операциях. Субъективная оценка нейромышечного блока не всегда удачна по ряду причин.

**Цель исследования.** Показать преимущества объективной оценки нервно-мышечной проводимости (TOF-мониторинг) на примере сравнения двух групп пациентов.

**Пациенты и методы.** Представлены две группы пациентов в возрасте  $14 \pm 3$  года с проведенным лапароскопическим клипированием яичковой вены. Пациентам первой группы (15 человек) был проведен интраоперационный TOF-мониторинг, во второй группе (14 человек) нервно-мышечная проводимость оценивалась только клинически.

**Результаты.** На этапе интубации всем пациентам введен атракурия безилат. В первой группе у 8 пациентов один TOF-ответ был на 70-й с, у 5 пациентов — на  $81 \pm 4$ -й с, у 2 пациентов — на 95-й с. Во второй группе при интубации учитывались только клинические признаки. В обеих группах через  $9,5 \pm 1$  мин был произведен кожный разрез. Основной этап операции в обеих группах продолжался  $32 \pm 2$  мин. В первой группе 11 пациентам не потребовалось введение миорелаксанта — количество TOF-ответов было от двух до трех, TOF-отношение 20–35%, при этом в 5 случаях отмечено снижение визуализации, внутрибрюшное давление было допустимым. Четырём пациентам на  $25 \pm 3$  мин потребовались миорелаксанты — четыре TOF-ответа, TOF-отношение 40–45%. Во второй группе миорелаксант вводился 13 пациентам через 35 мин от первого введения. Во время наложения швов в первой группе у 10 пациентов были частые самостоятельные вдохи (четыре TOF-ответа) с экстубацией через  $2,5 \pm 1,5$  мин (четыре TOF-ответа), у второй группы попытки самостоятельного дыхания были через  $3,5 \pm 3$  мин после наложения повязок, экстубация — через  $10 \pm 4$  мин после наложения повязок.

**Заключение.** Проведенное сравнение показывает, что объективный мониторинг (в нашем случае TOF) в совокупности с клиническими признаками позволяет более точно интерпретировать действие миорелаксантов в первой группе наблюдения. Это позволило: 1) сократить время для интубации трахеи; 2) не вводить лишних доз миорелаксантов; 3) убедиться в отсутствии остаточной кураризации и экстубировать пациентов сразу после операции.

## ПОЛИРЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ — АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В ЛЕЧЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Безкаравайный Б.А., Манищенков С.Н., Сенченко Н.Г.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Инфекционная патология занимает лидирующую позицию в структуре заболеваемости новорожденных детей. В условиях стационара микрофлора подвергается селекции, приобретает множественную устойчивость и обуславливает высокий риск тяжелого течения заболевания.

**Цель исследования.** Изучить микробный спектр у новорожденных, находившихся на лечении в ОРИТ; изучить чувствительность и резистентность микрофлоры к антибиотикам.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 232 детей, поступивших на лечение в ОРИТ ГУ «Луганская Республиканская детская клиническая больница» ЛНР из родовспомогательных учреждений Республики. Проведено бактериологическое исследование различных биологических материалов на предмет наличия патогенной микрофлоры: слизь из зева, носа, трахео-бронхиального дерева, кровь, ликвор, отделяемое из раны, кал.

**Результаты.** Бактериологический спектр представлен следующими микроорганизмами: *Acinetobacter baumannii* — 44,4%, *Staphylococcus aureus* — 22,2%, *Candida albicans* — 19,4%, *Enterobacter cloacae* — 16,6%, *Pseudomonas aeruginosa* — 13,8%, *Staphylococcus epidermidis* — 8,3%, *Klebsiella pneumoniae* — 5,5%, *Enterobacter faecalis* — 2,7%, *Streptococcus pneumoniae* — 2,7%, *Enterobacter aerogenes* — 2,7%, *Klebsiella oxytoca* — 2,7%, *Escherichia coli* — 2,7%.

Выявлена резистентность выделенной микрофлоры к антибиотикам:

- *Enterobacter cloacae* — аминогликозиды, фторхинолоны, карбапенемы, колистин, защищенные пенициллины, цефалоспорины;
- *Acinetobacter baumannii* — сульбактам, цефалоспорины, сульфперазон;
- *Klebsiella pneumoniae* — ампициллин, сульбактам, цефалоспорины;
- *Candida albicans* — противогрибковые средства;
- *Enterobacter aerogenes* и *Enterobacter cloacae* — ампициллин, цефалоспорины, карбапенемы, цефалоспорины, аминогликозиды, фторхинолоны, колистин, карбапенемы;
- *Pseudomonas aeruginosa* — аминогликозиды, цефалоспорины;
- *Escherichia coli* — ампициллин, аминогликозиды, фторхинолоны, карбапенемы, цефалоспорины.

**Заключение.**

1. Инфицированность полирезистентными штаммами микроорганизмов выявлена у 97,8% новорожденных.
2. Микробный спектр представлен преимущественно условно-патогенной микрофлорой (89,8%).
3. В 52% случаев выявлено присутствие грамотрицательной микрофлоры.
4. *Acinetobacter baumannii* занимает лидирующую позицию в спектре выделенной микрофлоры.
5. Выявленная микрофлора резистентна к наиболее часто применяемым группам антибиотиков.

## ДИАГНОСТИКА РЕДКОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И КОСТЕЙ ЧЕРЕПА У НОВОРОЖДЕННОГО

Белкова Т.Н., Оксеньчук Т.В., Герасименко Н.Ю., Завалина Н.В.

*ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»*

*Минздрава России, Омск, Российская Федерация*

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

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

**Актуальность.** В структуре причин, приводящих к высокому уровню детской инвалидизации и смертности, важную роль играет наследственная и врожденная патология. По данным НМИЦЗД, в Российской Федерации зарегистрировано более 17 тыс. пациентов с орфанными заболеваниями, из них более 8,5 тыс. — дети. Предположительно, проведение расширенного неонатального скрининга и обследований на первом году жизни позволят снизить показатель младенческой смертности на 13%.

**Цель исследования.** Проведение диагностического поиска редкого генетического заболевания у новорожденного с врожденной аплазией кожи и костей черепа (синдромом Андерсона – Нови).

**Пациенты и методы.** Описание клинического случая новорожденного с синдромом Андерсона – Нови. Использовались клинические и лабораторно-инструментальные методы (ПЦР, ИФА-диагностика инфекций), проводилось цитогенетическое исследование крови.

**Результаты.** Ребенок М. родился от матери 24 лет с наличием антифосфолипидного синдрома. Первая беременность на фоне угрозы прерывания с 9 нед, ОРВИ с повышением температуры тела до 39 °С, в 22 нед признаки ВУИ по УЗИ: нарушение ППК, гиперэхогенный кишечник, симптом гольфного мяча, маловодие. Роды на 34-й нед в перинатальном центре г. Омска с массой 1844 г, длиной 41 см, оценкой по АРGAR 4/7 баллов. В связи с наличием дефекта ткани 3 × 4 см на стыке затылочной и теменных костей, покрытого только мозговыми оболочками, в неотложном порядке пациент переведен в неонатальный хирургический центр ОДКБ г. Омска в возрасте 5 часов жизни. Основной диагноз: множественные врожденные пороки развития (МВПР) — врожденная аплазия кожи и костей черепа в теменно-затылочной области (синдром Андерсона – Нови), врожденный порок сердца — ДМПП, врожденный порок развития бронхолегочной системы — гипоплазия левого легкого, порок развития костей кисти.

Исследование крови методом ПЦР и ИФА на ЦМВ, ВЭБ, ВПГ-1, ВПГ-2 и токсоплазмоз не выявили остроты заболеваний. Цитогенетическое исследование крови методом GTG (72-часовая культура лимфоцитов) выявило наличие кариотипа 47, XY, +13 (синдром Патау). По МРТ головного мозга — асимметрия боковых желудочков (слева — 8 мм, справа — 5 мм); при МСКТ органов грудной клетки — КТ-картина гипоплазии левого легкого; при абдоминальном УЗИ выявлены признаки выраженного холестаза, двусторонней пиелокаликоектазии. Проведена консультация с ФБГУ НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова с целью согласования клинического диагноза и дальнейшего прогноза жизни ребенка: неотвратимость летального исхода — 90%. На 23-е сут жизни состояние ребенка прогрессивно ухудшилось за счет нарастания полиорганной недостаточности. Несмотря на проводимую интенсивную терапию в возрасте 27 дней жизни наступил летальный исход. Посмертный диагноз: основной комбинированный — синдром Патау, МВПР (врожденная аплазия кожи и костей черепа в теменно-затылочной области — синдром Андерсона – Нови). ВПС: ДМПП. ОАП гемодинамически значимый с двунаправленным сбросом (в анамнезе), гипоплазия левого легкого. Осложнения основного заболевания: синдром системного воспалительного ответа, ПОН (дыхательная, сердечно-сосудистая, почечная), легочная гипертензия. Операция: устранение дефекта кожи и костей черепа местными тканями.

При патологоанатомическом вскрытии были подтверждены синдром Патау и признаки врожденной цитомегаловирусной инфекции (продуктивный менингит, интерстициальная пневмония, продуктивные инфильтраты в околоушной слюнной железе; многочисленные кальцинаты; в регионарном лимфоузле крупные мононуклеары).

**Заключение.** Генетическая патология у данного ребенка с синдромом Патау в сочетании с синдромом Андерсона – Нови стала результатом одновременного воздействия нескольких патогенных факторов (хромосомные мутации и инфекционные возбудители), которые определили тяжесть состояния новорожденного и неблагоприятный прогноз для жизни. Согласно литературным данным, аплазия кожи, кости может быть результатом фетопатии, возникающей при воздействии на внутриутробного ребенка различных неблагоприятных факторов: вирусной, бактериальной инфекции, интоксикации, малых доз радиации. Возможны наследственные формы с аутосомно-доминантным или рецессивным типом наследования, хромосомные аномалии (трисомия по 13-й паре) — описаны в данном клиническом случае.

## ОСОБЕННОСТИ СТЕРЕОТИПА ПИТАНИЯ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Белоусова М.С.<sup>1</sup>, Гукова Д.А.<sup>2</sup>, Исупанова Х.М.<sup>3</sup>, Суховеева А.Е.<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup> ГУЗ «Саратовская центральная городская детская поликлиника», Саратов, Российская Федерация

<sup>3</sup> ГУЗ «Саратовская городская детская больница № 7», Саратов, Российская Федерация

**Актуальность.** Оценка особенностей стереотипа питания и пищевого поведения — важное звено терапии ожирения, позволяющее достичь персонализированного подхода.

**Цель исследования.** Изучить особенности стереотипа питания и пищевого поведения у детей подросткового возраста с ожирением.

**Пациенты и методы.** Обследованы 42 ребенка в возрасте от 10 до 17 лет с экзогенно-конституциональным ожирением различной степени выраженности (I–IV). Оценивались SDS роста, SDS ИМТ, стереотип питания (по авторской анкете), тип нарушения пищевого поведения (по опроснику DEBQ).

**Результаты.** Избыточный набор массы тела с раннего возраста был отмечен у 42% детей, у 35,7% детей — в младшем школьном возрасте. При изучении типов нарушений пищевого поведения (НПП) у 29,6% детей был установлен ограничительный тип НПП, у 24,6% — сочетание различных типов НПП. У 27,8% детей не был обнаружен ни один из типов НПП. При оценке количественных характеристик рациона питания обращала на себя внимание высокая кратность приемов пищи (до 5–6 раз в сутки). У 14,2% детей с НПП отмечены ежедневные ночные приемы пищи, связанные как с трудностями засыпания, так и с высоким аппетитом. На ежедневной основе мясные полуфабрикаты употребляли 58,6% детей с НПП и 51,4% без НПП, а кондитерские изделия — 76,4 и 65,8% соответственно. На еженедельной основе различные сладкие напитки присутствовали в рационе питания 74,3% детей с НПП и 64,5% без НПП.

Ощущение сытости у 28,6% детей с НПП и 33,9% детей без НПП ассоциировалось с чувством предельной наполненности желудка, у 18,2% детей с НПП — с появлением боли в животе после приема пищи. 37,2% детей с НПП и 36,7% без НПП ощущали себя сытыми только тогда, когда съедают всю еду на тарелке.

**Заключение.** Среди нарушений стереотипа питания для пациентов с ожирением различной степени выраженности характерны высокая кратность приемов пищи, частый ночной прием пищи, избыточное употребление продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы, жиры. Наиболее характерными типами нарушений пищевого поведения у детей подросткового возраста являются ограничительный, а также сочетание различных типов. Пациенты с ожирением испытывают трудности с интерпретацией ощущения сытости и отождествляют его с предельной наполненностью желудка, болью в животе или визуальной оценкой остаточного количества пищи на тарелке. Учет этих особенностей при составлении программы персонализированного подхода к терапии будет способствовать повышению эффективности лечения.

## ОСОБЕННОСТИ ФАКТИЧЕСКОГО РАЦИОНА ДЕТЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Беляева Е.В., Ушакова С.А., Шайтарова А.В., Петрушина А.Д., Халидуллина О.Ю., Дюсимбаева Д.К., Гриневич В.Е.

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

**Актуальность.** Дислипидемия является одним из основных факторов риска атеросклероза и, как следствие, — сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), значительно увеличивает уровень заболеваемости и смертности у невыявленных и нелеченых пациентов. Здоровый образ жизни и полезные пищевые привычки — первый вариант лечения (особенно эффективен, если придерживаться его с детства), который представляет собой важную веху в профилактике атеросклеротических заболеваний как в качестве отправной точки, так и в сочетании с лекарственной терапией.

**Цель исследования.** Изучение особенностей фактического рациона (ФР) детей с дислипидемией.

**Пациенты и методы.** Обследованы 52 пациента (средний возраст —  $10,2 \pm 0,8$  года), в том числе 29 детей (55,8%) с гиперхолестеринемией и 23 ребенка (44,2%) с дислипидемией. Средние значения показателей липидограммы были представлены следующим образом: у детей с гиперхолестеринемией ОХ —  $5,4 \pm 0,2$  ммоль/л, ХсЛПНП —  $2,75 \pm 0,3$  ммоль/л, ХсЛПВП —  $1,43 \pm 0,4$  ммоль/л, ТГ —  $0,81 \pm 0,2$  ммоль/л; у детей с дислипидемией ОХ —  $6,1 \pm 0,5$  ммоль/л, ХсЛПНП —  $4,2 \pm 0,6$  ммоль/л, ХсЛПВП —  $1,81 \pm 0,8$  ммоль/л, ТГ —  $2,1 \pm 0,4$  ммоль/л. Оценка ФР проводилась с помощью ПО «Нутритест 5,0 Prof».

**Результаты.** По результатам оценки фактического рациона были установлены показатели энергоемкости рациона ниже возрастной группы у 70% детей. Полученные результаты оценки ФР свидетельствовали также о повышенном содержании насыщенных жиров в рационе у 89% и холестерина у 35% обследуемых детей. Также отмечено повышенное потребление простых сахаров — 56% и белков — 34% детей. В исследуемой группе детей у 73% участников отмечалось сниженное содержание пищевых волокон в рационе. Это тоже может негативно сказываться на липидном обмене, поскольку известно, что адекватное употребление водорастворимых пищевых волокон способствует снижению уровня холестерина и представляет собой хороший источник энергии, который может сбалансировать эффект снижения липидов.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о негативных тенденциях в жировом статусе рациона на фоне дефицита его энергоемкости. Таким образом, необходимые меры коррекции пищевого статуса детей с дислипидемией — модификация жирового состава рациона, индивидуализация питания с учетом адекватности питания для роста, развития, возраста, вкусов ребенка и предпочтений семьи.

## НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ И ДИСБАЛАНС НЕЙРОПЕПТИДОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РИСКОМ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Беляева И.А.<sup>1, 2, 3</sup>, Бомбардинова Е.П.<sup>1</sup>, Турти Т.В.<sup>1, 2, 4</sup>, Шукенбаева Р.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Российская Федерация

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

<sup>3</sup> ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** В последние годы установлена онтогенетическая значимость нарушений микробиома человека при различных патологических состояниях. Оценка состояния формирующейся микробиоты кишечника и спектра нейроиммунных пептидов у детей раннего возраста с аллергией позволит в дальнейшем оптимизировать формирование пищевой толерантности и нейроиммунного статуса.

**Цель исследования.** Изучить ассоциации событий перинатального периода, нейроиммунного статуса и состояния кишечной микробиоты у детей раннего возраста с аллергией.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 60 детей раннего возраста — *Me* 10,0 [8,0–16,0] мес жизни, повторное обследование проводилось через 3 мес. Дважды методом иммуоферментного анализа исследовался профиль нейротрофинов и пептидов нейронального повреждения в сыворотке крови, одновременно проводился анализ качественного и количественного состава кишечной микробиоты (культуральный метод) с последующим изучением ассоциаций.

**Результаты.** Путем кесарева сечения было рождено 55% детей, внутриутробную гипоксию, асфиксию перенесли 27% детей. Негативные события перинатального периода ассоциированы с нарушениями кишечной микробиоты и развитием атопии: при кесаревом сечении у детей зарегистрирован повышенный рост *Clostridium* spp., *Enterobacter* spp., *Enterococcus* spp. ( $p = 0,0001; 0,02; 0,045$  соответственно) по сравнению с детьми, рожденными естественным путем. У детей после оперативных родов было повышено содержание общего IgE —  $82,7 \pm 171,9$  кЕд/л против  $27,7 \pm 48,3$  кЕд/л у детей после самопроизвольных родов ( $p = 0,03$ ); при внутриутробной и интранатальной асфиксии выявлен повышенный рост *Candida albicans* ( $p = 0,005$ ). Нарушение кишечной микробиоты: увеличение видов *Pseudomonas* spp., *Morganella* spp., *Acinetobacter* spp., *Proteus* spp. положительно ассоциировало с нарастанием уровней маркеров нейронального повреждения (бета-секретаза 1 (BACE-1), NO Synthase-1, NO Synthase-1 соответственно),  $R = 0,56; 0,55; 0,65; 0,507$ , а снижение содержания *Escherichia coli* (Lac+) — как с повышенным содержанием антител NR2 к глутаматным рецепторам (NR2AT),  $R = 0,56$ , так и с компенсаторным увеличением сывороточных концентраций нейротрофинов — бета-субъединицы фактора роста нервов (beta-NGF) и сиртуина 1 (SIRT1). Персистенция аллергического процесса подтверждается прямой ассоциацией маркера нейроиммунной регуляции (NO Synthase-1) с нарастанием в составе микробиоты доли *Proteus* spp., *Morganella* spp. ( $R = 0,507, 0,550$ ).

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о потенцирующей роли перинатальных факторов риска в формировании нарушений микробиома кишечника и прогрессивном течении нейроиммунопатологического процесса.



## ОСОБЕННОСТИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Беседина М.В.<sup>1</sup>, Толстова Е.М.<sup>1</sup>, Зайцева О.В.<sup>1</sup>, Зайцева Н.С.<sup>1</sup>,  
Кузина С.Р.<sup>1</sup>, Хаспеков Д.В.<sup>2</sup>, Турищев И.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Детская городская клиническая больница св. Владимира ДЗМ»,  
Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Деструктивная пневмония (ДП) — один из редких вариантов тяжелого течения внебольничной пневмонии с образованием полостей в легких, нередко сопровождается плевральными осложнениями. Частота встречаемости ДП в последние годы увеличивается.

**Цель исследования.** Выявить особенности ДП у детей первого года жизни среди пациентов, госпитализированных в ГБУЗ «ДГКБ св. Владимира ДЗМ» в период 2021–2023 гг.

**Пациенты и методы.** В период 2021–2023 гг. ретроспективно проанализированы истории болезни детей первого года жизни с диагнозом ДП. Выявлены 10 пациентов в возрасте  $8 \pm 3$  мес, распределение по полу равномерное. В 2021 г. выявлен 1 случай ДП, в 2022 г. — 3 случая, в 2023 г. — 6 случаев.

**Результаты.** Все дети по тяжести состояния были госпитализированы в ОРИТ. 2 случая ДП (2021 г., 2022 г.) были ассоциированы с вирусом SARS-CoV-2. Один из них сопровождался формированием множественных полостей в обоих легких, во 2-м случае развился гидроторакс. В остальных случаях имело место осложненное течение внебольничной бактериальной пневмонии. У 1 пациента был диагностирован тромбоз поперечного синуса, впоследствии ребенок погиб. Все дети были госпитализированы в ранние сроки (3–4-е сут от начала болезни). Первые симптомы включали симптомы ОРВИ, быстро нарастали признаки интоксикации и дыхательная недостаточность. У 4 пациентов отмечалось крайне тяжелое течение заболевания, диагностированы полиорганная недостаточность, сепсис, ДВС. В 1 случае — перикардит, гидроперикард. 2 пациентам потребовалась ИВЛ. Лабораторные данные при поступлении: нейтрофилез —  $63,4 \pm 12\%$  (при отсутствии лейкоцитоза —  $10,7 \pm 1,0 \times 10^9/\text{л}$ ), у 4 детей отмечалась тромбоцитопения —  $114,3 \pm 33,3 \times 10^9/\text{л}$ . Высокий уровень маркеров воспаления: СРБ 198 [80; 325]; ПКТ 4,85 [1; 100]. Повышение D-димера до 18815 [4505; 33737]. Этиологически были расшифрованы только 2 случая: бактериологическим методом выявлены в посевах мокроты и плевральной жидкости *S. aureus* + *P. aeruginosa*; *S. aureus* + *S. pyogenes*.

**Заключение.** ДП — вариант тяжелого течения внебольничной пневмонии, которая в последнее время встречается чаще, в том числе у детей первого года жизни. ДП у детей до года характеризуется неспецифическим началом, тяжелым течением, риском полиорганной дисфункции. При назначении антибактериальной терапии необходимо учитывать возможную значимость как грамположительной, так и грамотрицательной флоры.

## ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Бовбель И.Э.<sup>1</sup>, Журавлева А.М.<sup>1</sup>, Прилуцкая В.А.<sup>1</sup>, Горовая С.Г.<sup>2</sup>,  
Янковская М.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Иностранное унитарное предприятие «Синлаб-ЕМЛ», Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Изучение обеспеченности витамином D детской популяции является важной задачей, решение проблемы дефицита и недостаточности данного нутриента способно повлиять на снижение заболеваемости детей.

**Цель исследования.** Исследовать уровень 25(OH)D в разных возрастных группах детского населения за период 2020–2022 гг. и оценить связь обеспеченности витамином D с сезонами года.

**Пациенты и методы.** Данные о концентрации 25(OH)D в сыворотке крови получены у 9384 детей и подростков в возрасте от 1 мес до 17 лет (средний возраст  $7,1 \pm 0,1$  года): мальчиков — 46,7% ( $n = 4385$ ) и девочек — 53,3% ( $n = 4999$ ) из 6 областей Республики Беларусь. Содержание кальцидиола в сыворотке крови определяли электрохемилюминесцентным методом на автоматическом анализаторе Cobas 6000 (Германия). Для статистической обработки материала использована программа Microsoft Excel 2010.

**Результаты.** Исследование показало, что оптимальный уровень 25(OH)D имели 41,5% детей и подростков. В 2020–2022 гг. недостаточность и дефицит витамина D на первом году жизни были зарегистрированы у 15,3% обследованных; в возрасте 1–2 лет — 25,6%; 2–3 лет — 46,1%; 4–6 лет — 61,8%; 7–10 лет — 72,2%; 11–14 лет — 80,4%; 15–17 лет — 78%. Наиболее высокий статус обеспеченности витамином D в период пандемии COVID-19 отмечался у детей 1–12 мес, среднее содержание кальцидиола в этой группе составило  $47,18 \pm 2,53$  нг/мл. У детей школьного возраста среднее значение 25(OH)D не превышало  $28,47 \pm 1$  нг/мл, самая низкая медиана концентрации выявлена в возрастной группе 11–14 лет ( $\leq 23,94 \pm 1,35$  нг/мл). В зимний и весенний периоды уровень 25(OH)D  $< 30$  нг/мл выявлен у 60,1 и 62% обследованных; в летний и осенний — у 46,8 и 56,5%. Наименьшее число лиц с дефицитом кальцидиола (25(OH)D  $< 20$  нг/мл) регистрировалось в летние месяцы. Среднее значение концентрации 25(OH)D в весенние месяцы составило  $29,25 \pm 0,91$  нг/мл, летом —  $33,15 \pm 1,1$  нг/мл, осенью —  $31,9 \pm 0,6$  нг/мл, зимой —  $31,5 \pm 1,07$  нг/мл.

**Заключение.** Недостаточность и дефицит витамина D в период пандемии COVID-19 выявлены у каждого второго ребенка, наибольшая распространенность гиповитаминоза D отмечалась в школьном возрасте. Приведенные результаты свидетельствуют о необходимости поддержания оптимальной обеспеченности витамином D детского населения всех возрастных групп.

## СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

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

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

**Актуальность.** Создание национальной системы, направленной на повышение качества жизни и социальную адаптацию детей, страдающих тяжелыми хроническими неизлечимыми заболеваниями, возможно путем создания эффективной системы детской паллиативной помощи (ДПП).

**Цель исследования.** Провести анализ результатов работы по развитию системы ДПП в Республике Беларусь (РБ) с 2016 г.

**Пациенты и методы.** Проанализированы актуальность нормативной базы, ведение республиканского регистра детей, нуждающихся в паллиативной помощи, и статистические данные по регионам республики за период 2016–2023 гг.

**Результаты.** Разработан полный пакет нормативных правовых актов, регламентирующих оказание ДПП на всех уровнях: инструкция об организации ДПП, в том числе организация работы выездной патронажной службы, клинический протокол, положение о республиканском регистре. Утверждены реестр технических средств социальной реабилитации, перечень медицинских изделий и порядок обеспечения ими, перечень заболеваний, дающих право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами, лечебным питанием при амбулаторном лечении.

В РБ на конец сентября 2023 г. под паллиативным наблюдением (ПН) находились 1924 ребенка (103,9 на 100 тыс. детей). За период 2016–2023 гг. число детей под ПН увеличилось в 1,7 раза, что связано с развитием системы ДПП. Структура заболеваемости детей под ПН существенно не изменилась: преобладают заболевания нервной системы — 66,4%, доля врожденных аномалий (пороков развития), хромосомных нарушений — 20,5%, новообразований — 3,8%, прочие заболевания — 9,3%. Основная часть детей (79,3%) — в стабильном состоянии с отдаленным прогнозом смерти, что требует длительного сопровождения.

**Заключение.** В РБ на государственном уровне создана и функционирует система ДПП. Республиканский регистр позволяет вести персонализированный учет, регистрацию новых случаев, данных о лечении, реабилитации и абилитации, планировать перспективное развитие ДПП. Развитие выездной патронажной службы во всех регионах республики позволит улучшить качество оказания помощи детям с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями и их семьям.

## СИНДРОМ ЛЁЖЕНА: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

**Бордюгова Е.В., Дубовая А.В., Конов В.Г.**

*ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, Донецк, Донецкая Народная Республика, Российская Федерация*

*ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» Минздрава России, Донецк, Российская Федерация*

**Актуальность.** Синдром Лёжена («кошачьего крика») — хромосомная патология, обусловленная утратой короткого плеча 5-й хромосомы. Встречается с частотой 1 на 25–60 тыс. новорожденных и проявляется множеством врожденных пороков развития. Впервые описан французским генетиком Жеромом Лёженом в 1966 г.

**Цель исследования.** Ознакомить врачей педиатрического профиля с проявлениями синдрома Лёжена на примере развития ребенка на протяжении 7 лет.

**Пациенты и методы.** У доношенной девочки, родившейся с задержкой внутриутробного развития (масса тела — 2800,0 г, длина — 51 см), асфиксией легкой степени, множественными стигмами дизэмбриогенеза, признаками морфофункциональной незрелости, необычным криком, отсутствием самостоятельного сосания, на 12-е сут жизни диагностирован врожденный порок сердца (ВПС) — перимембранозный дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), открытое овальное окно, недостаточность трехстворчатого клапана 1-й степени. Легочная гипертензия 2-й степени НК2а.

**Результаты.** В 4 мес выявлена аномалия развития головного мозга: гипоплазия мозолистого тела, перисильвиарная полимикрогирия, расширение конвекситальных подбололочечных пространств как проявление корковых атрофических изменений, полная задняя трифуркация правой внутренней сонной артерии, гипоплазия правой позвоночной артерии. В 6 мес выявлена делеция короткого плеча 5-й хромосомы (5p-). В 9 мес выполнено суживание легочной артерии. В 2 года в неврологическом статусе сохранялась задержка стато-моторного и психоречевого развития, ребенок не фиксировал взгляд, неуверенно держал голову, самостоятельно не сидел, вскармливался по зонду полужидкой пищей. Выражена задержка физического развития. К 5 годам сохранялись явления микроцефалии, смешанного тетрапареза. По данным магнитно-резонансной томографии головного мозга нарастала атрофия коркового вещества. В 7 лет — не узнает близких, периодически резко вскрикивает, по-прежнему затруднены сосание и глотание, в дыхании принимает участие вспомогательная мускулатура. Границы сердца смещены влево до передней аксиллярной линии, над всей сердечной областью выслушивается систолический шум. Живот мягкий, печень на 1,0 см ниже реберной дуги, стул со склонностью к запорам, умеренно выражена пастозность стоп.

**Заключение.** Особенностью случая является наличие врожденной генетически детерминированной патологии (5p-) — ВПС (ДМЖП) и аномалии развития мозга (микроцефалия, полимикрогирия, гипоплазия мозолистого тела, атрофия корковых образований) со смешанным тетрапарезом, задержкой всех видов развития. Один из ведущих симптомов — специфический плач ребенка — с возрастом стал менее выраженным. Высокий риск жизнеугрожающих неврологических осложнений — причина отсрочки последующего этапа кардиохирургической коррекции ВПС. Очень важна своевременная диагностика синдрома Лёжена.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭШЕРИХИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Бурибаева Б.И., Халилова З.Т., Касимов И.А., Шаджалилова М.С.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Острые кишечные инфекции (ОКИ), которые остаются наиболее частыми заболеваниями детского возраста после ОРВИ, являются актуальными для педиатрии не только как заболевания, приводящие к развитию тяжелого состояния у детей, но и как болезни, влияющие на дальнейшее развитие ребенка. В педиатрической практике среди бактериальных агентов особую роль играет кишечная палочка — *Escherichia coli*. В структуре ОКИ уточненной этиологии на долю эшерихиозов у детей приходится от 15 до 36%, у взрослых этот показатель ниже 15%.

**Цель исследования.** Изучить сравнительную клиническую характеристику эшерихиозной инфекции у детей раннего возраста.

**Пациенты и методы.** Нами были изучены особенности клинического течения энтеропатогенных и энтероинвазивных эшерихиозов в сравнительном аспекте. Под наблюдением находились 82 ребенка, больных эшерихиозом в раннем возрасте: 54 (65,8%) — энтеропатогенным, 28 (34,2%) — энтероинвазивным.

**Результаты.** Выявлены характерные клинические изменения при анализе полученного материала. Так, у больных энтеропатогенным эшерихиозом при легком течении болезни не наблюдались такие симптомы: снижение артериального давления и температуры тела, затуманенное сознание, сильные головные боли, отсутствие аппетита, бледность и сухость кожи, снижение тургора кожи, жесткое дыхание в легких, боль по направлению кишечника, уплотнение сигмы, увеличение печени, олигурия, анурия. Для среднетяжелого течения болезни были характерны следующие симптомы: пониженное артериальное давление, повышение температуры тела, отсутствие аппетита, боли по направлению кишечника, уплотнение сигмы.

Для больных с тяжелым течением заболевания не была характерна тяжесть в эпигастральной области. Необходимо отметить, что такие проявления болезни, как затуманенное сознание, отсутствие аппетита, боли по направлению кишечника, уплотненная сигма, увеличение печени, анурия, отмечались только у больных с тяжелым течением заболевания. Практически аналогичная закономерность установлена при изучении длительности клинических симптомов заболевания у больных энтероинвазивным эшерихиозом в зависимости от тяжести заболевания.

В то же время у больных с энтеропатогенным эшерихиозом следующие симптомы регистрировались независимо от тяжести течения болезни: тяжесть в эпигастрии, боли по направлению кишечника, уплотненная сигма. Важно подчеркнуть, что у больных энтероинвазивным эшерихиозом не развивались проявления острой почечной недостаточности.

У определенного контингента больных выявилась дегидратация различной степени. Так, у больных энтеропатогенным эшерихиозом I степень дегидратации наблюдалась у 9 (16,6%), II степень — у 11 (20,3%), III степень — у 3 (5,5%) пациентов. В группе больных с энтероинвазивным эшерихиозом эти цифровые данные выглядели следующим образом: 4 (14,2%), 5 (17,8%) и 1 (3,5%) соответственно.

**Заключение.** Таким образом, проявление диарейного синдрома и нарушение электролитного обмена, оцениваемое по степени дегидратации, более характерны для больных энтеропатогенным эшерихиозом, чем энтероинвазивным, что следует учитывать при назначении патогенетической терапии.

## СЛОЖНЫЙ ДИАГНОЗ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА: СИНДРОМ АЛАЗАМИ

Бурлуцкая А.В., Зенкина О.Ю., Статова А.В., Гурина Е.С.

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

**Актуальность.** Синдром Алазами представляет собой аутосомно-рецессивное заболевание, характеризующееся выраженной задержкой роста, умственной отсталостью и отличительными чертами лица. Распространенность заболевания — менее 1 случая на 1 000 000 живых новорожденных.

**Цель исследования.** Демонстрация редкого клинического случая синдрома Алазами у девочки 5 лет.

**Пациенты и методы.** Медицинская документация: история развития ребенка (форма № 112/у), медицинская карта амбулаторного больного детского диагностического центра, данные лабораторных и инструментальных методов исследования.

**Результаты.** Мама с ребенком 5 лет 6 мес обратилась с жалобами на отставание в росте от сверстников, за последний год ребенок в росте не прибавил. Наследственный анамнез: рост мамы — 156 см, рост папы — 170 см. При объективном осмотре: рост — 97,3 см, масса тела — 12,6 кг, физическое развитие сверхнизкое, дисгармоничное, дефицит масса тела — 11%. SDS роста — 2,73. Отмечаются гипертелоризм, монголоидный разрез глаз, запавшая переносица, широкий рот. При исследовании гормонов исключены эндокринзависимые варианты низкорослости, по результатам рентгенограммы кисти — костный возраст соответствует паспортному. Для исключения синдромальной задержки роста проведено генетическое исследование, обнаружены варианты с.681\_685 delGAA и с.855 dupA в гене *LARP7* в компаунд-гетерозиготном состоянии, ассоциированном с синдромом Алазами. Проведена валидация членов семьи, выявлено гетерозиготное носительство у матери и отца. Установлен диагноз: «Синдром Алазами (тип наследования — аутосомно-рецессивный). Синдромальная задержка роста, белково-энергетическая недостаточность». Ребенку рекомендованы диета, решение вопроса о назначении заместительной терапии гормоном роста для улучшения ростового прогноза.

**Заключение.** Описанный редкий клинический случай показывает необходимость проведения диагностического поиска причины низкорослости у детей. Молекулярно-генетическое исследование позволяет уточнить этиологию задержки роста и определить дальнейший прогноз.



## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ: СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

**Бурлуцкая А.В., Алексеенко А.С., Маруева Т.А., Иноземцева Д.А.**

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

**Актуальность.** Наиболее эффективным методом предупреждения менингококковой инфекции (МИ) является вакцинация. Для ее проведения важен ряд факторов: рекомендация от врача-педиатра, осведомленность врача в данном вопросе, понимание и участие родителей, заинтересованность обеих сторон.

**Цель исследования.** Оценить осведомленность врачей участковых педиатров и родителей о специфической профилактике МИ у детей.

**Пациенты и методы.** Проведено одномоментное анкетирование родителей и врачей-педиатров. Для определения осведомленности граждан и специалистов о специфической вакцинопрофилактике МИ был составлен опросник, содержащий вопросы об особенностях течения МИ у детей, основных источниках информации о проведении вакцинации и возможности специфической профилактики. Анкета была создана на основе базы сервиса Google-формы.

**Результаты.** В исследовании приняли участие 404 родителя в возрасте от 20 до 57 лет. На вопрос о проведении вакцинации их детям 66,6% ответили положительно, 33,4% — отрицательно. 62,4% респондентов отметили, что знают о существовании вакцины против МИ, 37,6% — не имеют об этом сведений. На вопрос, привит ли ваш ребенок от МИ, 75,8% анкетированных ответили отрицательно, 24,2% — положительно. 30,9% респондентов отметили, что получили рекомендацию врача-педиатра о проведении вакцинации против МИ, 69,1% — не получали. Осведомлены о последствиях перенесенной МИ 59,6% опрошенных, 40,4% — нет. Для 59,6% опрошенных источником информации был врач-педиатр, для 49,8% — интернет, для 30,6% — знакомые. 64,1% ответили, что источником МИ являются заболевшие, 61,5% — бактерионосители МИ, 38,5% — лица с клиническими проявлениями острого назофарингита. 94,5% врачей-педиатров осведомлены, что МИ имеет воздушно-капельный путь передачи, только 5,5% имеют представление, что МИ может передаваться контактно-бытовым путем.

**Заключение.** Таким образом, всего 2/3 родителей, участвующих в опросе, прививают своих детей согласно календарю. К сожалению, не все респонденты знают о существовании вакцинопрофилактики против менингококковой инфекции. Катастрофично, что 75,8% опрошенных не привиты против МИ. 40,4% не осведомлены о последствиях перенесенной МИ. Только 1/3 была рекомендована вакцинопрофилактика врачом-педиатром. Также всего 2/3 врачей-педиатров, участвующих в опросе, имеют представление об источниках распространения МИ.



## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Г. КРАСНОДАРА ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ

Бурлуцкая А.В., Власова М.А., Шаншоева Н.Ш., Богачева С.М.

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

**Актуальность.** Несмотря на эффективность и безопасность вакцинации, все больше людей неохотно делают прививки или отказываются от них. Это важная проблема, поскольку борьба с управляемыми инфекциями требует поддержания высокого уровня иммунной прослойки населения.

**Цель исследования.** Изучить приверженность различных групп населения и медицинских работников вакцинопрофилактике.

**Пациенты и методы.** Проведен опрос по специально разработанным анкетам среди 1863 респондентов: 409 врачей различных специальностей (163 врача-педиатра, 86 врачей хирургического профиля, 75 неонатологов, 85 акушеров-гинекологов), 117 медицинских сестер, 295 родителей, 188 студентов технического профиля, 854 студента Кубанского медицинского университета: 233 — учащиеся 1–2-го курса, 308 — 4–6-го курса лечебного факультета, 316 — 4–6-го курса педиатрического факультета.

**Результаты.** Выявлен низкий уровень приверженности студентов политехнического университета к вакцинации. Только 36,4% привиты согласно национальному календарю, половина (50%) делают прививки выборочно, 13,6% отказываются от вакцинации. Отношение к вакцинации у студентов медицинского вуза было позитивнее: 51% делают прививки согласно национальному календарю, 40,5% прививаются выборочно, 5,4% учащихся отказываются от вакцинации.

По результатам анкетирования работников медицинских организаций, из опрошенных медицинских сестер 79,5% относятся к вакцинации положительно. Большинство врачей (75,4%) не подвергают сомнению необходимость вакцинопрофилактики, наиболее положительно относятся к ней врачи-педиатры (86,1%). В то же время каждый четвертый врач (24,6%) относится к вакцинации с осторожностью. Среди родителей 43,1% относятся к прививкам осторожно и делают их выборочно, только 35,4% вакцинируют детей согласно национальному календарю профилактических прививок, 17,1% категорически отказываются от вакцинации, 4,4% не вакцинируют в связи с медицинским отводом.

**Заключение.** В ходе исследования установлен недостаточный уровень приверженности населения вакцинации. Грамотная консультация медицинского работника по-прежнему остается значимым фактором, влияющим на формирование доверительного отношения населения к иммунопрофилактике. Решение данной задачи возможно только при активной позиции медицинских работников, однако некоторые студенты-медики, медицинские сестры и врачи все еще сомневаются в безопасности и эффективности вакцинации.

## MODY-2 ДИАБЕТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ У РЕБЕНКА 13 ЛЕТ

Бурлуцкая А.В., Зенкина О.Ю., Богачева С.М., Статова А.В.

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

**Актуальность.** MODY представляет собой гетерогенную группу заболеваний с аутосомно-доминантным типом наследования, которые обусловлены мутациями генов, участвующих в синтезе и секреции инсулина. Распространенность болезни колеблется в диапазоне 21–45 : 1 000 000 случаев у детей.

**Цель исследования.** Демонстрация клинического случая моногенного сахарного диабета (СД) MODY-2 у мальчика 13 лет.

**Пациенты и методы.** Пациент, находившийся на обследовании и лечении в эндокринологическом отделении, данные объективного исследования и параклинических методов. Дополнительно использованы медицинская документация: карта развития ребенка (форма № 112/у), выписные эпикризы предыдущих госпитализаций.

**Результаты.** Мальчик, 13 лет, поступил на обследование в эндокринологическое отделение для определения тактики лечения в связи с повышением глюкозы крови натощак до 7,0 ммоль/л. В ходе исследования выявлено: выработка инсулина и С-пептида не нарушена (уровень инсулина — 10,79 мкЕ/мл, С-пептида — 2,24 нг/мл), уровень HbA1c — 5,94%, при проведении ПГТТ уровень гликемии натощак — 5,88 ммоль/л, через 1 ч — 8,7 ммоль/л, через 2 ч — 7,74 ммоль/л, начата терапия метформином 1000 мг/сут. Наследственный анамнез отягощен по СД 2-го типа: у мамы мальчика, бабушки и прабабушки по отцовской линии СД 2-го типа. Результаты параклинических методов исследования: глюкоза крови натощак — 6,41 ммоль/л, HbA1c — 6,4%, проба со стандартизированным жидким завтраком: натощак глюкоза — 6,41 ммоль/л, инсулин — 10,1 мкМЕ/мл, С-пептид — 1,92 нг/мл, через 30 мин глюкоза — 6,78 ммоль/л, инсулин — 86,4 мкМЕ/мл, С-пептид — 5,9 нг/мл, через 60 мин глюкоза — 5,57 ммоль/л, инсулин — 46,7 мкМЕ/мл, С-пептид — 5,2 нг/мл, что свидетельствует о нарушении гликемии натощак при сохранении секреции инсулина и с-пептида. Проведено генетическое исследование: в гене GSK (NM 000162.5) в интроне 3 гомозиготный вариант с.364.36С>А (rs750519458). Установлен диагноз: моногенная форма сахарного диабета MODY-2.

**Заключение.** Отсутствие кетоацидоза при манифестации и на протяжении периода заболевания, сохранная секреция инсулина и С-пептида, наличие родственников первой степени родства с нарушением углеводного обмена позволили предположить у ребенка моногенную форму СД. Проведение генетического исследования помогло установить диагноз и определить правильную тактику ведения пациента.

## **БОЛЕЗНЬ КИКУЧИ – ФУДЖИМОТО: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ У РЕБЕНКА 11 ЛЕТ**

**Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А.**

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

**Актуальность.** Болезнь Кикучи – Фуджимото (БКФ) является формой гистиоцитарного некротизирующего лимфаденита. Чаще страдают молодые женщины, медиана возраста — 25–29 лет, однако заболевание встречается и у детей разных возрастных групп. Из-за малой распространенности и неспецифической клинической картины в 40% случаев БКФ принимают за другие заболевания, сопровождающиеся лимфаденопатией. В большинстве случаев течение БКФ доброкачественное. Регресс заболевания развивается в течение нескольких месяцев.

**Цель исследования.** Проанализировать клинический случай БКФ у девочки 11 лет.

**Пациенты и методы.** Выполнен аналитический обзор истории болезни пациента 11 лет, находившегося на лечении в ГБУЗ ДККБ МЗ КК.

**Результаты.** Девочка, 11 лет, обратилась с жалобами на периодические боли в животе, которые сопровождают ребенка в течение 7–10 дней. Во время объективного осмотра: состояние средней степени тяжести за счет болевого синдрома, температура тела — 36,8 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные. При пальпации выявлено: живот мягкий, болезненные ощущения при пальпации в правой подвздошной области, печень увеличена на 2 см, селезенка не увеличена. При проведении лабораторных исследований выявлено повышение лактатдегидрогеназы до 490 Ед/л в биохимическом анализе крови. При УЗИ органов брюшной полости в мезогастрии справа обнаружены разнокалиберные множественные, увеличенные лимфоузлы овальной формы с четкими контурами однородной структуры, максимальный размер единичного узла — 16 × 8 мм, прядь сальника умеренно инфильтрирована. В процессе динамического наблюдения боли в животе сохранялись, не исключалась острая хирургическая патология. В связи с этим назначена диагностическая лапароскопия, выявлено: в зоне илеоцекального перехода определяется инфильтрат, представленный конгломератом увеличенных лимфоузлов с подпаянной прядью большого сальника. По результатам биопсии л/у: отмечается инфильтрация крупными элементами с морфологией центробластов, иммунобластов, схожих с клетками Ходжкина. Микроокружение представлено малыми лимфоцитами, гистиоцитами, единичными плазматическими клетками. Проведено иммуногистохимическое исследование: выявлена экспрессия CD30, MUM1, PAX-5, Fascin, очаговая экспрессия EBER крупными клетками. Заключение: классическая лимфома Ходжкина, гистологический вариант — нодулярный склероз. Рекомендация гематолога — пересмотр биопсийного материала на базе ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева. Установлен диагноз: признаки лимфаденита Кикучи–Фуджимото — кариоректическая стадия. Лечение — антибактериальная терапия, анальгетики, перевязки. Ребенок выписан домой на 10-е сут в удовлетворительном состоянии. В течение 6 мес после выписки из хирургического отделения состояние девочки удовлетворительное, болевой абдоминальный синдром не рецидивирует, появления новых симптомов не отмечено.

**Заключение.** Данный клинический случай показал сложность диагностики очень редкой формы лимфаденопатии — БКФ. Прежде всего это связано с отсутствием опыта ведения таких пациентов и специфичной гистологической картиной биоптата л/у. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с аутоиммунными заболеваниями, злокачественными гематологическими новообразованиями и инфекционными лимфаденопатиями.

## ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ: ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ И РОДИТЕЛЕЙ О ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

**Бурлуцкая А.В., Статова А.В., Богачева С.М., Иноземцева Д.А.,  
Борлакова И.И.**

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

**Актуальность.** По распространенности папилломавирусная инфекция (ПВИ) занимает первое место среди инфекций, передаваемых половым путем. ВОЗ, осознавая значимость проблем, вызываемых вирусом папилломы человека (ВПЧ), рекомендует включить плановую вакцинацию против ПВИ в национальные программы иммунизации.

**Цель исследования.** Оценить осведомленность врачей-педиатров и родителей о специфической профилактике заболеваний, вызванных ВПЧ, у детей для уменьшения заболеваемости ВПЧ.

**Пациенты и методы.** Проведено одномоментное анкетирование медицинских работников и родителей. В опросе приняли участие 139 врачей-педиатров и 408 родителей города Краснодара в марте 2023 г. Для определения осведомленности о специфической вакцинопрофилактике заболеваний, вызванных ВПЧ, составлен опросник, содержащий основные эпидемиологические данные, особенности течения ВПЧ у детей, возможности специфической профилактики. Создана Google-форма, которая способствовала быстрому и удобному проведению исследования.

**Результаты.** На вопрос о том, что известно о ВПЧ, 104 (75,3%) респондента отметили, что пик инфицирования женщин ВПЧ приходится на возраст 16–25 лет, для 99 (71,8%) ВПЧ является причиной более половины всех онкологических заболеваний у женщин, всего 64 (46,2%) заявили, что ВПЧ занимает первое место среди инфекций, передаваемых половым путем. Основная часть респондентов — 128 (92,3%) — знает о том, что существует специфическая профилактика ВПЧ, а 11 (7,7%) не знают о существовании вакцины против ВПЧ. Большая часть — 131 (94,4%) — знает, что вакцина против ВПЧ включена в национальный календарь, а 8 (5,6%) не имеют осведомленности об этом. В анкетировании участвовали 408 родителей, было выявлено, что лишь 270 (66,18%) родителей проводят вакцинацию своим детям, в то время как 138 (33,82%) отказываются от проведения профилактических прививок. Осведомленность родителей о существовании вакцины против ВПЧ: 258 (63,23%) — знают, 150 (36,76%) — не имеют представления. Из опроса следует, что 344 (84,31%) респондентам участковый врач-педиатр рекомендовал провести вакцинацию против ВПЧ, однако 64 (15,69%) родителя не получали конкретной рекомендации. Из анкетированных родителей 176 (43,14%) указали, что узнают о вакцинопрофилактике от врачей-педиатров, 144 (35,29%) — из интернета, 88 (21,57%) — от знакомых.

**Заключение.** Опрошенные врачи-педиатры и родители имеют различные знания об особенностях проявлений ВПЧ. Только 35,25% врачей-педиатров правильно представляют пути инфицирования, 7,7% не знают о существовании вакцины против ВПЧ и 5,6% не включают вакцинацию в календарь прививок. Из родителей 66,18% вакцинируют своих детей, 63,23% знали о прививках. А вот 15,69% родителей не были информированы врачами-педиатрами участковыми, хотя подавляющее большинство родителей — 92,64% — хотели бы, чтобы участковый врач-педиатр сообщил им о вакцинации.

## АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

**Варламова Т.В.**

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

**Актуальность.** Отмечается неуклонный рост распространенности избыточной массы тела (ИЗМТ) и ожирения среди детского населения. ИЗМТ является предиктором развития ряда социально значимых заболеваний: артериальной гипертензии, ИБС, сахарного диабета 2-го типа.

**Цель исследования.** Выявление факторов риска ожирения среди подростков.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование 120 подростков в возрасте 15–17 лет (75 мальчиков, 45 девочек), имеющих ожирение. У 12 человек (10%) диагностировано морбидное ожирение, у 20 (17%) — ожирение 3-й степени, у 35 (29%) — ожирение 2-й степени и у 53 подростков (44%) — ожирение 1-й степени.

**Результаты.** Установлено, что в 71% семей есть близкие родственники с ИЗМТ. На вопрос «Ты соблюдаешь правила здорового питания?» 79% ответили утвердительно. Однако при ответах на следующие вопросы установлено, что 73% подростков не соблюдают правила здорового питания — употребляют колбасно-сосисочные изделия несколько раз в неделю или каждый день. На вопрос «Часто ли ходишь в кафе фастфуда?» 75% подростков ответили, что посещают кафе быстрого питания несколько раз в месяц или в неделю. На вопрос «Ешь ли ты чипсы, сухарики?» 83% школьников ответили, что употребляют данные продукты каждый день или несколько раз в неделю. Аналогично выглядит ситуация с употреблением майонеза — 83% школьников употребляют каждый день или несколько раз в неделю. На вопрос «Сколько ложек сахара ты кладешь в стакан с чаем?» 32% ответили, что используют 3 чайные ложки, 4% школьников — более 3 чайных ложек. Только 15% подростков посещают занятия физической культурой в школе, 18% — тренажерный зал. 67% подростков считают, что у них все хорошо со здоровьем, однако 75% опрошенных хотели бы похудеть.

**Заключение.** 73% не соблюдают правила здорового питания. 67% с ожирением не занимаются спортом. С учетом значительного влияния внешних факторов на развитие ожирения рекомендуется увеличение пропаганды здорового питания и ведения активного образа жизни, изменение ценностных ориентиров, формирование семейных традиций и культуры жизни.



## АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ

Варламова Т.В., Грязина Е.М.

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

**Актуальность.** Задержка роста является одной из частых причин обращения к детскому эндокринологу. Однако частота встречаемости дефицита гормона роста составляет 1 : 10000 – 1 : 15000 детей. Наиболее распространен идиопатический дефицит соматотропного гормона (СТГ) — 65–75%.

**Цель исследования.** Анализ историй болезни детей с подтвержденным дефицитом гормона роста.

**Пациенты и методы.** Распространенность СТГ-дефицита в Республике Карелия в 2012 г. составляла 4,8 случая на 100 тыс. детского населения, в 2023 г. — 18 случаев на 100 тыс. детского населения. На 01.01.2023 в Республике Карелия получают терапию гормоном роста 30 человек (58% — мальчики, 42% — девочки).

**Результаты.** Средний возраст постановки диагноза — 10,5 лет. В среднем от момента выявления задержки роста до постановки диагноза проходит 4,4 года. По данным МРТ выявлены синдром пустого турецкого седла — у 38%, эктопия нейрогипофиза — у 25%, гипоплазия гипофиза — у 12%. Абсолютный СТГ-дефицит (СТГ менее 7 нг/мл при СТГ-стимулирующих пробах) диагностирован в 74% случаев, парциальный — в 26%. В 33,3% — отягощенность в анамнезе перинатального периода (асфиксия, НЭК, неонатальный сепсис). В 16,3% от общего числа обследованных пациентов выявлен множественный дефицит гормонов аденогипофиза (ТТГ, АКТГ, ЛГ, ФСГ). 100% детей после постановки диагноза «СТГ-дефицит» начали получать терапию гормоном роста (Растан) в ростостимулирующей дозе — 0,033 мг/кг/сут подкожно вечером, за час до сна. Детям с пангипопитуитаризмом, помимо терапии гормоном роста, назначена по показаниям заместительная терапия другими гормонами. У всех детей (100%) отмечается значительный скачок темпа роста — от 8 до 12 см за первый год терапии. В последующем скорость роста составляла в среднем 6–7 см в год.

**Заключение.** СТГ-дефицит чаще выявляется у мальчиков в младшем школьном возрасте. Идиопатический дефицит гормона роста отмечен только в 25% случаев. Наибольший эффект на фоне терапии гормоном роста был достигнут у детей младшего возраста с большей задержкой роста и костного возраста. В течение 3–4 лет от момента начала терапии все дети достигли показателей среднего возрастного роста.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ CFTR-МОДУЛЯТОРА ИВАКАФТОР/ЛУМАКАФТОР У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Васенёва Ю.О., Вахлова И.В.

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

**Актуальность.** Современным достижением в лечении муковисцидоза стало открытие малых молекул, восстанавливающих процессы синтеза, транспорта к мембране, работу неполноценного белка CFTR. Препараты, действие которых направлено на восстановление функции белка CFTR, называются CFTR-модуляторами.

**Цель исследования.** На основании изучения клинико-лабораторных, инструментальных данных провести комплексную оценку эффективности терапии CFTR-модулятора ивакафтор/лумакафтор у детей с муковисцидозом.

**Пациенты и методы.** Ивакафтор/лумакафтор получали 23 ребенка основной группы в возрасте от 2 до 17 лет — гомозиготные по мутации F508Del в гене *CFTR* (без комплексного аллеля L467F). Для оценки эффективности терапии сформирована контрольная группа из 23 детей с муковисцидозом в возрасте 2–17 лет — носители мутации F508del и другого патогенного варианта в компаунд-гетерозиготном состоянии, не получавшие препарат ивакафтор/лумакафтор. Контрольными точками исследования являлись время до старта и через 12 мес наблюдения (таргетной терапии — в основной группе).

**Результаты.** Состояние пациентов групп наблюдения на старте исследования оценивалось как среднетяжелое и тяжелое, бронхолегочный процесс находился в стадии неполной клинической ремиссии. Показатели  $ОФВ_1$  и ФЖЕЛ исходно были несколько ниже в основной группе в сравнении с контрольной  $M (SD)$  (62,42 (23,52) и 77,45 (22,49); 66,62 (21,58) и 79,61 (21,88) соответственно). Через 12 мес данная тенденция сохранилась. Панкреатическая эластаза кала в основной группе практически не изменилась ( $Me (Q_1-Q_3)$ ) — 15 (15–36) и 15 (15–84) мкг/г ( $p < 0,198$ ), а в контрольной снизилась — 15 (15–152) и 15 (15–15) мкг/г ( $p < 0,109$ ). Выявлена тенденция к снижению частоты тяжелой панкреатической недостаточности в основной группе на 17,4% (с 95,7 до 78,3%,  $p < 0,08$ ), в контрольной — отсутствие изменений ( $p < 0,47$ ). В основной группе значимо снизился уровень АСТ —  $M (SD)$ : 48,4 (42,4) и 37,8 (14,5),  $p < 0,043$ , в контрольной отмечено значимое нарастание —  $M (SD)$ : 27,3 (27,7) и 30,5 (28,9),  $p < 0,011$ . Щелочная фосфатаза снизилась и нормализовалась в основной группе  $M (SD)$  (322,96 (96,3) и 188,13 (60,8),  $p = 0,000$ ); вероятность снижения высокой ЩФ на фоне лечения повысилась в 5 раз ( $OR = 5,3 (1,8-15,8)$ ). Уровень ГГТП и число пациентов с высокой ГГТП снизились (соответственно 24,65 и 19,69,  $p < 0,001$ ; 61 и 13%,  $p = 0,000$ ). В контроле ГГТП повысилась, ЩФ не нормализовалась. В основной группе хлориды пота имели тенденцию к снижению ( $p < 0,058$ ) при отсутствии нормализации значений.

**Заключение.** Применение лумакафтор/ивакафтор показало больший клинический эффект в улучшении функционирования органов пищеварения: установлены тенденция к повышению активности панкреатической эластазы; снижение риска гиперфосфатемии, тенденция к снижению активности аспаратаминотрансферазы, значимому снижению числа пациентов с высоким уровнем ГГТП. Выявлена тенденция к снижению показателей хлоридов пота. Не отмечено изменений в оценке функции показателей ФВД.

## РЕДКАЯ СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ФОРМЫ БРУЦЕЛЛЕЗА И ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Васильева Т.М., Лобаненкова И.А., Русинова Д.С.

*ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Бруцеллез — зоонозное инфекционно-аллергическое заболевание с множественными механизмами передачи, волнообразным течением, склонностью к хронизации и протекающее с поражением опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, нервной, половой систем.

**Цель исследования.** Описание клинического случая пациента 4 лет с висцеральной формой бруцеллеза и манифестацией острого лейкоза с целью информирования врачей о важности своевременной и комплексной диагностики пациентов.

**Пациенты и методы.** Пациент А., 4 лет, прикреплен к ДГП № 133 с 2019 г. Рос и развивался соответственно возрасту. С 2021 г. проживал в Киргизии. 22.11.2022 появилась боль в ногах. Со слов матери, обследован по месту жительства, диагноз выставлен не был. 03.12 и 04.12 повышение температуры тела до 39 °С, в связи с чем семья прилетела в Москву и мальчик поступил в ДГКБ им. З.А. Башляевой с диагнозом ОРВИ.

**Результаты.** Диагностирован бруцеллез, серологически подтвержденный. Отмечалось нарастание явлений полиорганной недостаточности: гепатит, тубулоинтерстициальный нефрит, пневмония, энцефалопатия, печеночная дисфункция, панцитопения. Проводилось лечение бруцеллеза и сопутствующих заболеваний согласно протоколам. 23.12 на МРТ ОБП — увеличение размеров поджелудочной железы с неоднородностью паренхимы на уровне головки. Также были выявлены положительные онкомаркеры (РЭА, АФП, СА19-9), в связи с чем 31.12 ребенок переведен в Морозовскую ДГКБ с направляющим диагнозом: опухоль поджелудочной железы. 04.01 выполнена биопсия костного мозга — бластные клетки повысились до 5,8, лимфоциты — до 16,4, миелоциты — до 13,4. 05.01 наступила смерть пациента в результате полиорганной недостаточности. Посмертный диагноз: «Острый лейкоз на основании клинико-лабораторных данных, II клиническая группа. Вторичный гемофагоцитарный синдром на фоне инфекционного процесса. ДВС-синдром. Синдром системного воспалительного ответа инфекционного происхождения с органическим нарушением. Вторичный тубулоинтерстициальный нефрит. Неспецифический реактивный гепатит. Панкреатит. Двусторонняя полисегментарная пневмония. Вторичная лимфаденопатия».

**Заключение.** Данный клинический случай показывает редкое сочетание патологий, которые изолированно хорошо поддаются лечению. Проведенное обследование позволило начать необходимую терапию, однако редкое сочетание инфекции и онкологического заболевания привело к развитию осложнений и летальному исходу. Для практики врача-педиатра важно понимать необходимость комплексной диагностики и проявлять настороженность в отношении инфекционных заболеваний для профилактики нежелательных исходов.

## ФЕНОМЕН ЭДТА-ЗАВИСИМОЙ ПСЕВДОТРОМБОЦИТОПЕНИИ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ГЕМАТОЛОГА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Винникова В.Г.<sup>1</sup>, Ежова А.И.<sup>1</sup>, Родионовская С.Р.<sup>1,2</sup>, Новикова Е.А.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Кафедра педиатрии и детской хирургии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна  
ФМБА России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** ЭДТА-зависимая псевдотромбоцитопения (ПТП) — это редкий лабораторный феномен, при котором происходит повышенная агрегация тромбоцитов под воздействием специфических антител, активированных этилендиаминтетрауксусной кислотой (ЭДТА).

**Цель исследования.** Представить клинический случай ЭДТА-зависимой ПТП у пациентки 10 лет.

**Пациенты и методы.** Пациентка, 10 лет, была направлена к гематологу с диагнозом: иммунная тромбоцитопения. Ранний анамнез без особенностей, редко болеющая, вакцинирована по возрасту. Наблюдается урологом с диагнозом: пузырно-мочеточниковый рефлюкс II степени. При плановой госпитализации по данным гематологического анализатора в капиллярной крови выявлено снижение уровня тромбоцитов (PLT) до  $43 \times 10^9/\text{л}$ , подсчет по Фонио не проводился. Рекомендовано обследование в гематологическом отделении.

**Результаты.** Проведен анализ медицинской документации: по представленным данным, у пациентки в течение последних 1,5 лет в анализах периферической крови отмечалась тромбоцитопения от  $53 \times 10^9/\text{л}$  до  $98 \times 10^9/\text{л}$ . Клинических проявлений тромбоцитопении, геморрагического синдрома не было. При обследовании в повторном клиническом анализе капиллярной крови с ЭДТА, проведенном через 60 мин от забора крови, уровень PLT составил  $49 \times 10^9/\text{л}$ , остальные ростки кроветворения не нарушены гемоглобин — 124 г/л, эритроциты —  $4,41 \times 10^{12}/\text{л}$ , лейкоциты —  $5,42 \times 10^9/\text{л}$ . При подсчете PLT в окрашенном мазке крови были обнаружены агрегаты тромбоцитов, затрудняющие подсчет по Фонио, что могло соответствовать ЭДТА-зависимой ПТП. В пробе с антикоагулянтом цитратом натрия количество PLT составило  $185 \times 10^9/\text{л}$ , а методом по Фонио —  $204 \times 10^9/\text{л}$ . Проведен анализ с ЭДТА с временным интервалом 10–60–120 мин, подтвердивший прогрессирующее снижение уровня PLT с течением времени. При дифференциальной диагностике исключены другие причины вторичной тромбоцитопении (постинфекционные, системные заболевания соединительной ткани, тромбоцитопатии, нарушения гемостаза). По результатам обследования у девочки верифицирован диагноз ЭДТА-зависимой ПТП.

**Заключение.** В представленном наблюдении при постановке диагноза ЭДТА-зависимой псевдотромбоцитопении были определены все критерии данного феномена: снижение PLT  $< 100 \times 10^9/\text{л}$ , прогрессирующее во времени ↓ уровня PLT в пробе с ЭДТА, нормальный уровень PLT в пробе с цитратом натрия, отсутствие геморрагического синдрома. Включение в круг дифференцируемых состояний ЭДТА-зависимой псевдотромбоцитопении позволило избежать инвазивных диагностических манипуляций и назначения неверной терапии.

## РОЛЬ ВОЛОНТЕРОВ-МЕДИКОВ В РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА И С ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Власенко Н.Ю.<sup>1</sup>, Павлинова Е.Б.<sup>1</sup>, Белавина М.В.<sup>2</sup>, Юдицкая Т.А.<sup>3</sup>,  
Юнгман Н.В.<sup>3</sup>, Каргаполова К.И.<sup>3</sup>, Кузнецова П.В.<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> БУЗОО «Городская поликлиника № 10», Омск, Российская Федерация

<sup>3</sup> БУЗОО «Областная детская клиническая больница», Омск,  
Российская Федерация

**Актуальность.** В Омской области под наблюдением находятся более 800 детей и подростков с сахарным диабетом 1-го типа (СД 1). Ежегодно количество заболевших увеличивается. Целевых значений достигают только 18% наших пациентов. Важным элементом успешного лечения и контроля СД 1 являются обучение детей и их родителей, а также осведомленность сотрудников образовательных учреждений о данном заболевании, его течении и возможных неотложных ситуациях.

**Цель исследования.** Обобщение опыта работы волонтеров-медиков в обучении пациентов с СД 1, их родителей и сотрудников образовательных учреждений.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось среди 360 человек (дети с СД 1 и их родители) в г. Омске и Омской области, состоящих в группе телеграм-канала. Для опроса пациентов, их родителей и педагогов использовали метод анкетирования.

**Результаты.** В начале 2023 г. командой врачей-эндокринологов и организаторов здравоохранения был создан проект для работы с семьями пациентов с СД 1: «Дискуссионный клуб «Сладкая жизнь». В команду проекта вошли волонтеры-медики Омской области. Проект стал победителем регионального этапа премии «МЫ ВМЕСТЕ», вышел в полуфинал от Сибирского федерального округа.

Частью проекта было создание отдельного движения волонтеров-медиков для работы с детьми с СД 1 и их семьями, развитие наставничества для индивидуальной курации пациентов. Мы проводим ежеквартальные групповые встречи. Уже на опыте одного учреждения города мы получили позитивный результат — улучшение показателей гликемии у пациентов, возможность скорее вернуться к занятиям спортом в адаптированном варианте, обмен позитивным опытом между мотивированными и максимально адаптированными пациентами. Вторая группа волонтеров-медиков выходит с образовательными лекциями в школы и детские дошкольные учреждения. Педагогам рассказывают о причинах, клинических симптомах заболевания, особенностях питания и контроля.

У проекта есть свой телеграм-канал. Он стал регулярной платформой для дистанционного активного обучения и общения пациентов, их родителей и профессионального врачебного сообщества Омской области и г. Омска. На основе голосования мы выделяем лидирующие темы, которые будут освещены в первую очередь. Больше всего пациентов интересуют особенности питания и возможные ошибки инсулинотерапии, возможность заниматься физической активностью и спортом. Родители обеспокоены, что педагоги школ и ДДУ не всегда осведомлены о таком заболевании, как СД 1.

**Заключение.** Основной тренд времени — доступность и ориентированность медицины на пациента. Наш диалоговый клуб позволяет решить эти вопросы.

## ГИПОФОСФАТАЗИЯ, ИНФАНТИЛЬНАЯ ФОРМА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Власенко Н.Ю.<sup>1</sup>, Павлинова Е.Б.<sup>1</sup>, Белкова Т.Н.<sup>1</sup>, Канычева Н.П.<sup>2</sup>,  
Самбрат П.А.<sup>2</sup>, Герасименко Н.Ю.<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup> БУЗОО «Областная клиническая больница, медико-генетическая консультация»,  
Омск, Российская Федерация

**Актуальность.** Гипофосфатазия — орфанное (1 на 100 тыс. детского населения) наследственное метаболическое рахитоподобное заболевание, характеризующееся низким уровнем щелочной фосфатазы и костной дисплазией. Для инфантильной формы (1–6 мес) характерны гипотония, отставание в росте и физическом развитии, недоразвитие грудной клетки / пневмония, дыхательная недостаточность, краниосиностоз, судороги. Высокая смертность на 1-м году жизни.

**Цель исследования.** С целью информирования врачей-педиатров представлено описание клинического случая пациента с гипофосфатазией, инфантильной формой, в семье с отягощенным анамнезом.

**Пациенты и методы.** Наблюдение ребенка К. 2022 г.р. с диагнозом: «Гипофосфатазия — инфантильная форма. Ранняя младенческая энцефалопатия развития. Эпилепсия. Нарушение минерального обмена».

**Результаты.** Мальчик в возрасте 1 мес переведен из родильного дома в ОРИТ БУЗОО ОДКБ. За время нахождения в ОРИТ состояние по основному заболеванию с отрицательной динамикой: на фоне прогрессирования основного заболевания отмечена глубокая инвалидизация ребенка, изолиния на ЭЭГ, ребенок на осмотр не реагирует, выявлены спинальные автоматизмы, псевдобульбарный синдром, отсутствие самостоятельного дыхания, также развился и прогрессирует остеопороз, ребенку присвоен паллиативный статус по рекомендации Федерального центра. Данные лабораторного анализа крови: кальций общий — от 2,06 до 2,12 ммоль/л, фосфор — 1,5 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 9 Ед/л. С учетом заключения по панели «Наследственные метаболические заболевания» выявлены патогенные варианты в гене щелочной фосфатазы *ALPL*. Заключение: гипофосфатазия.

Особый интерес представляет семейный анамнез данного пациента: ребенок от 4-й беременности. В 2013 и 2015 гг. родились здоровые дети. Во время 3-й беременности в 2018 г. по УЗИ в 18 нед выявлены ВПР: системное заболевание скелета — укорочение трубчатых костей, искривление и деформация костей предплечья, снижение оссификации костей свода черепа. ВЗРП. Маркеры хромосомной патологии — гипоплазия костей носа, долихоцефалическая форма головки. Не исключен ахондрогенез.

С беременной и супругом проведена беседа, предупреждены о неблагоприятном прогнозе для здоровья и жизни. Семье предложено прерывание беременности. Вынашивание беременности не рекомендовано. Семья категорически отказалась от прерывания беременности. Ребенок умер через 1 мес (диагноз: синдром Жёна, или торакоасфиктическая дисплазия грудной клетки, — укорочение и искривление конечностей, деформация грудной клетки, дыхательная недостаточность + геморрагический синдром). Проведенное молекулярно-цитогенетическое исследование не выявило наиболее распространенных мутаций, характерных для данной патологии. Генетическая диагностика не проводилась, от вскрытия родители отказались.

**Заключение.** При анализе клинических и лабораторных данных этих пациентов складывается впечатление, что и ребенок 2018 г.р. тоже мог страдать перинатальной гипофосфатазией. В работе врача с пациентами с орфанной патологией важно проводить генетическую диагностику в семьях для дальнейшего планирования беременности в семье, также необходимо исследовать и здоровых детей для исключения реализации заболевания в будущем.





## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ФОНЕ СМЕНЫ ТАКТИКИ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ

Волкова Н.А., Михеева И.В.

*ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва, Российская Федерация  
ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве», Москва,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** В контроле туберкулеза ключевым элементом является система ранней диагностики. Инфицирование, как правило, происходит в детстве, причем источником возбудителя служат взрослые, поэтому заболеваемость детей определяется пораженностью туберкулезом взрослых.

**Цель исследования.** В связи с этим проведено исследование с целью оценки динамики некоторых эпидемиологических характеристик туберкулеза в Российской Федерации после изменения тактики иммунодиагностики туберкулеза у детей.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных форм федерального государственного статистического наблюдения № 1, № 2 и № 8 за 2009–2022 гг. с учетом начала в 2013 г. массового применения пробы с туберкулезным рекомбинантным антигеном вместо пробы Манту у детей старше 7 лет.

**Результаты.** Установлено, что с 2013 г. среди детей динамика заболеваемости впервые выявленным активным туберкулезом поменяла вектор с роста на снижение. Темп снижения заболеваемости подростков 15–17 лет был в 1,4 раза выше, чем детей до 14 лет (9,88 против 7,1 на 100 000 лиц данного возраста в год). Аналогичные тенденции выявлены в отношении туберкулеза органов дыхания. При этом снижение заболеваемости туберкулезом с бактериовыделением было менее выражено: среднегодовой темп снижения заболеваемости впервые выявленным туберкулезом составил 7,44%, а туберкулезом с бактериовыделением — 5,17%. При снижении показателей заболеваемости удельный вес форм туберкулеза с бактериовыделением оставался неизменным, что свидетельствовало об утяжелении туберкулеза. Начиная с 2020 г., несмотря на противоэпидемические меры в отношении COVID-19, заболеваемость детей 0–17 лет стабилизировалась на уровне 7,2–7,5 на 100 тыс. детского населения. Одновременно в 2021–2022 гг. проявилась тенденция роста заболеваемости детей 0–2 лет, что косвенно свидетельствует об увеличении числа источников туберкулеза среди взрослых.

**Заключение.** Таким образом, на фоне смены тактики скрининговой диагностики туберкулеза у детей при выраженном снижении регистрируемой заболеваемости наблюдаются неблагоприятные тенденции: сохранение доли туберкулеза с бактериовыделением в структуре заболеваний у детей, тенденция роста заболеваемости детей 0–2 лет при стабилизации заболеваемости детского населения в целом и резком снижении заболеваемости подростков. Возможно, перечисленные факты обусловлены недовыявлением случаев туберкулеза у детей старше 7 лет в связи с отказом от туберкулинодиагностики и превентивного лечения детей из VI группы диспансерного наблюдения.

## ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПАЦИЕНТУ С КАШЛЕМ — ЗАЛОГ ПРАВИЛЬНОГО ДИАГНОЗА

Воротникова Н.А., Терентьева А.В., Мордасова Л.Н.

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

**Актуальность.** На современном этапе развития медицины наблюдается всеобщая тенденция к трансформации муковисцидоза (МВ) из фатального заболевания детского возраста в хроническую патологию взрослых. МВ может протекать под масками заболеваний, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом (БОС), что демонстрирует данный клинический случай.

**Цель исследования.** 8-летнее клиническое наблюдение за пациенткой с поздним диагностированием муковисцидоза.

**Пациенты и методы.** Пациентка А., 13 лет, страдает бронхиальной астмой (БА). На базе УКБ № 1 им. С.П. Миротворцева г. Саратова в 2015 г. проведено углубленное обследование и впервые заподозрено наличие смешанной формы МВ. Окончательная верификация диагноза МВ проведена в 2016 г. в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», г. Москва — методом молекулярно-генетического обследования выявлены мутации F508del/2143delT в гетерозиготном состоянии.

**Результаты.** Больная А., 2002 г.р., с 8 лет — эпизоды рецидивирующего БОС, затяжного кашля с большим количеством вязкой гнойной мокроты. В 2015 г. обследована в УКБ № 1 им. С.П. Миротворцева: КТ ОГК — бронхоэктазы в нижней доле S10. Для верификации диагноза МВ направлена в федеральные клиники г. Москвы — потовая проба положительная — 75,5 ммоль/л, панкреатическая эластаза кала — 15,6 мкг/г. Результаты молекулярно-генетического исследования: выявлены мутации F508del/2143delT в гетерозиготном состоянии. Основной диагноз: муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение (*Ps. aeruginosa*  $5 \times 10^8$  КОЕ). Назначена базисная муколитическая терапия — ингаляции дорназы-α; ферментотерапия — капс. Креон 250 тыс. ЕД/сут (10 капсул). В настоящее время пациентке А. 22 года, инвалид 3-й группы. КТ ОГК (июнь 2023 г.) — распространенные 2-сторонние бронхоэктазы, цирроз печени 1-й степени. Постоянный кашель с гнойной мокротой. Назначение таргетной терапии требует консультация в НИИ муковисцидоза (г. Москва), которая планируется конце 2023 г. Несмотря на тяжелое генетическое заболевание, больная освоила 2 профессии — инженер-технолог и бровист (бьюти-сфера), работает и живет активной жизнью, планирует замужество.

### Заключение.

1. Упорно рецидивирующий БОС с выделением гнойной мокроты обязывает врача-педиатра исключить МВ.
2. Своевременная диагностика и назначение муколитической терапии в виде ингаляций дорназы-α способствовали как замедлению развития необратимых процессов в легких и печени, так и продлению жизни пациентки.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИСТАЛЬНОГО РЕНАЛЬНОГО ТУБУЛЯРНОГО АЦИДОЗА 1-ГО ТИПА У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Вялкова А.А., Чеснокова С.А., Маркварт В.Д.**

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

**Актуальность.** Ренальный тубулярный ацидоз — группа канальцевых заболеваний почек, характеризующихся нарушением реабсорбции бикарбоната, секреции водородных ионов или сочетанием обоих дефектов, приводящих к метаболическому ацидозу при сохранной клубочковой функции.

**Цель исследования.** Описать клинический случай дистального ренального тубулярного ацидоза у ребенка раннего возраста.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ медицинской документации (форма № 112/у, выписка из истории болезни), результатов клинико-параclinical обследования ребенка раннего возраста с дистальным ренальным тубулярным ацидозом.

**Результаты.** Ребенок М., 1 год 3 мес. Обследован в ГАУЗ ОДКБ в связи с задержкой роста и выявленными изменениями почек при УЗИ. Наследственный анамнез отягощен — у мамы тубулопатия, почечный канальцевый ацидоз, нефрокальциноз, вторичный пиелонефрит, ХБП II. По линии отца у бабушки — гипофизарный нанизм (рост 124 см), хондродисплазия; у дедушки — рост 130 см. У ребенка в 3 мес при УЗИ почек — мелкие гиперэхогенные включения в пирамидах обеих почек.

В клинике — задержка роста, рахитоподобные изменения скелета, отставание моторного развития. По данным УЗИ почек — эхогенность паренхимы неоднородно повышена, гиперэхогенные пирамиды с мелкими точечными гиперэхоквключениями в мозговом слое, уменьшение коркового слоя, малые размеры почек, признаки медуллярного нефрокальциноза.

Результаты лабораторных исследований: гиперфосфатемия — 1,86 ммоль/л, гипокалиемия — 3,62 ммоль/л, гиперхолестеринемия — 5,41 ммоль/л, метаболический ацидоз ( $\text{HCO}_3^-$  в плазме крови — 14,7 ммоль/л), гиперкальциемия — 2,62 ммоль/л, протеинурия — 420 г/л. СКФ — гипофилтратия (74 мл/мин). По данным рентгенографии костей кисти — нарушение минерального обмена.

**Заключение.** Учитывая симптомы задержки роста, выраженные рахитоподобные изменения скелета, нефрокальциноз в сочетании со щелочной реакцией мочи ( $\text{pH} > 6,0$ ), тяжелым метаболическим ацидозом и кальцификатами в интерстиции и собирательной системе почек, установлен клинический диагноз: «Тубулопатия. Ренальный дистальный тубулярный ацидоз. Медуллярный нефрокальциноз. ХБП II. Вторичный дизметаболический пиелонефрит. Ремиссия. Низкорослость (SDS роста — 4,49 SD)». Ребенок направлен в Федеральный центр г. Москвы для генетической диагностики.

## РЕНАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Вялкова А.А., Чеснокова С.А., Плотникова С.В.

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

**Актуальность.** Ренальная инфекция занимает высокий удельный вес в структуре заболеваний детского возраста. Ее поздняя диагностика и высокая вероятность прогрессирования почечного повреждения приводят к осложнениям и формированию ХБП.

**Цель исследования.** Обосновать патогенетическую значимость ренальной инфекции как фактора формирования хронической болезни почек у детей.

**Пациенты и методы.** Проведено клинико-параclinical обследование и динамическое наблюдение 120 детей с ТИБП в возрасте от 1 года до 17 лет. Выделены пациенты 1-й группы — ТИБП без признаков ХБП ( $n = 50$ ); 2-й группы — ТИБП с исходом в ХБП ( $n = 70$ ). Статистическая обработка материала произведена с использованием программы STATISTICA 10.0.

**Результаты.** Доказано достоверное различие частоты рецидивов ренальной инфекции у пациентов с признаками ХБП (80%,  $n = 96$ ) по сравнению со случаями благоприятного течения ТИБП (20%,  $n = 24$ ,  $p < 0,05$ ). Доказано увеличение секреции провоспалительных цитокинов у детей с адгезией уропатогенных штаммов *E. coli*.

Уровень провоспалительных, просклеротических цитокинов (IL-1, IL-6, IL-8) и факторов роста (TGF- $\beta$ , TNF- $\alpha$ ) достоверно выше в группе детей с ХБП по сравнению с пациентами ХЗП при благоприятном течении ТИБП ( $p < 0,05$ ).

Доказано, что нарастание уровня цитокинов коррелирует с повышением артериального давления и прогрессированием ТИБП: выявлена прямая корреляция частоты артериальной гипертензии и показателей суточной экскреции провоспалительных, склерозирующих цитокинов и фактора роста (IL-1 —  $r = 0,66$ ; IL-6 —  $r = 0,33$ ; IL-8 —  $r = 0,61$ ; TGF- $\beta$  —  $r = 0,36$ ; TNF- $\alpha$  —  $r = 0,64$ ). Установлена обратная корреляционная связь частоты артериальной гипертензии и показателей суточной экскреции противовоспалительного IL-10 ( $r = -0,73$ ).

**Заключение.** Обострение ренальной инфекции и инфильтрация почечного интерстиция воспалительными клетками активируют выработку медиаторов воспаления и фиброгенеза: рецидивы ренальной инфекции — патогенетический фактор формирования и прогрессирования ТИБП, модифицируемый фактор хронической болезни почек.

## НАРУШЕНИЕ РИТМА У НОВОРОЖДЕННЫХ И COVID-19

Габитова Н.Х., Черезова И.Н.

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

**Актуальность.** Этиологическими факторами нарушения ритма у новорожденных детей являются перинатальная гипоксия, эндокринные заболевания беременной и инфекционные агенты, под влиянием которых происходит нарушение нейровегетативной регуляции сердечной деятельности.

**Цель исследования.** Изучить структуру и характер нарушений сердечного ритма у новорожденных от матерей, перенесших COVID-19 и ОРВИ во время беременности.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 47 случаев нарушения ритма у новорожденных детей, находившихся на лечении с марта 2020 по апрель 2022 г. Изучены акушерский анамнез с оценкой факторов риска, потенциально влияющих на нарушения ритма сердца в перинатальном периоде, клинические данные, показатели биохимических исследований, результаты данных Эхо-КГ и холтеровского мониторинга ЭКГ.

**Результаты.** Анализ показал, что 89,3% матерей имели осложненное течение беременности. Сопутствующая соматическая патология встречалась у 14,89% матерей, инфекции мочевыводящих путей — у 48,9%, недифференцированная ОРВИ — у 23%, COVID-19 — у 14,9%. 38,3% женщин перенесли ОРВИ во II и III триместрах: в 23% этиология не уточнена, у 14,9% — COVID-19.

Данные ЭКГ и холтеровского мониторинга показали, что в структуре нарушений сердечного ритма у новорожденных преобладали экстрасистолия — 40,4% и синусовая брадикардия — 19,15%. Среди экстрасистолий у новорожденных преобладали предсердные формы — 34,48%. Желудочковые экстрасистолии отмечены у 12,76% пациентов, в анамнезе которых матери не имели ОРВИ во время беременности. Предсердные экстрасистолии в 3 раза чаще встречались среди новорожденных от матерей, переболевших COVID-19. Синусовая тахикардия преобладала у новорожденных от матерей с ОРВИ во время беременности (18,2%). Брадикардия встречалась у каждого 3-го ребенка в группах COVID-19 и ОРВИ и в 2 раза реже отмечалась в группе детей, матери которых не имели ОРВИ в анамнезе. Оценка биохимических исследований показала отсутствие маркеров воспаления в миокарде.

**Заключение.** На развитие нарушений ритма и проводимости у новорожденных влияют различные антенатальные факторы, которые потенцируют развитие аритмий, имеющих транзиторный характер и не сопровождаются нарушением гемодинамики и общего состояния ребенка. Частота нарушений ритма не имеет существенного различия среди новорожденных, матери которых переболели ОРВИ или COVID-19 во время беременности. Преобладающими формами аритмий у новорожденных детей являются экстрасистолия и синусовая брадикардия.

## ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Гайфутдинова А.Р., Малов А.А., Камалова А.А.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Российская Федерация  
ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ», Казань, Российская Федерация

**Актуальность.** Своевременная диагностика гепатобилиарной патологии при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) крайне важна, так как часто определяет прогноз основного заболевания. Поэтому применение современных неинвазивных методов, в частности магнитно-резонансной томографии (МРТ), весьма актуально.

**Цель исследования.** Оценить состояние гепатобилиарной системы у детей с ВЗК с помощью МРТ брюшной полости.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 14 пациентов с ВЗК: 8 — с язвенным колитом (ЯК), 7 — с болезнью Крона (БК) и 4 — с недифференцированным колитом (НК). Критериями включения являлись повышение маркеров цитолиза и холестаза в биохимическом анализе крови и избыточная масса тела. Исследование осуществлялось на томографе Siemens Magnetom Aera 1,5T. Проведен анализ изображений по T1 и T2 в трех проекциях, Ax STIR и в режиме T2 FAT SATURATED (FAT SAT).

**Результаты.** Увеличение размеров печени наблюдалось у половины детей с ЯК и БК (7 детей). Признаки умеренного перипортального стеатоза выявлены в 28% случаев (5 детей, из них по двое с ЯК и НК, 1 — с БК). В режиме FAT SAT у 6 детей (33%) были обнаружены единичные очаги фиброза (по 2 ребенка в каждой группе). Также в 6 случаях было выявлено умеренное расширение сосудов печени. У 2 детей обнаружены конкременты в желчном пузыре, которые не были выявлены ранее с помощью ультразвукового исследования органов брюшной полости. Всем пациентам была проведена МР-холангиография, по данным которой признаки склерозирующего процесса желчевыводящих путей (патогномоничные симптомы «четок» и «бус») были выявлены у троих детей: 2 — с ЯК (в возрасте 8 и 17 лет), 1 — с БК (9 лет), все они находились в стадии ремиссии по основному заболеванию. Этим пациентам был установлен сопутствующий диагноз: первичный склерозирующий холангит. Также у одного ребенка с НК выявлено локальное мешотчатое расширение внутрипеченочного желчного протока. Учитывая стойкое повышение маркеров холестаза, ребенку запланировано повторное обследование в динамике.

**Заключение.** Согласно данным, полученным при проведении МРТ, около 30% детей с ВЗК имели те или иные изменения структуры печени и желчных протоков. Необходимо проведение дальнейших исследований, включающих комплексную оценку состояния печени и желчевыводящих путей у детей с ВЗК.



## **КЛИНИКО-МЕТАБОЛОМНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОРЕНБУРЖЬЕ**

**Галактионова Д.М., Гордиенко Л.М., Лебедева Л.Ю.**

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

**Актуальность.** Ключевым модулятором связи кишечника и мозга при расстройстве аутистического спектра (РАС) является кишечный микробиом. Высокая распространенность дисфункции желудочно-кишечного тракта при РАС у детей ассоциирована с наличием оси «кишечник – мозг».

**Цель исследования.** Оценить клинико-метаболическую характеристику детей с РАС.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование родителей и клиническое обследование 32 пациентов с РАС у врача педиатра-гастроэнтеролога на базе Клиники адаптационной терапии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России и ООО «Медгард» за 2018–2023 гг.

Установлено, что преобладают мальчики — 25 (78%), девочек — 7 (22%). Средний возраст пациентов — 3,5–4 года.

**Результаты.** У 78% пациентов выявлены гастроинтестинальные симптомы: запор (66,7%), болевой абдоминальный синдром (26,6%), диспепсический синдром в виде тошноты и рвоты (72,8%), синдром руминации (13,4%). У 37% детей выявлены расстройства вегетативной нервной системы. Установлены нарушения пищевого поведения: капризность при приеме пищи (37%), крайняя избирательность в еде (41%). При параклиническом обследовании в 47% выявлено повышение маркера воспаления тонкого кишечника — фекального зонулина; резкое снижение абсолютного содержания короткоцепочечных жирных кислот: уксусной кислоты — 1,037 мг/г в 81% случаев; пропионовой кислоты — 0,016 мг/г в 69% случаев; масляной кислоты — 0,014 мг/г в 63% случаев. После проведенной комплексной терапии с обязательным включением пробиотической штаммспецифической коррекции купировались абдоминальный синдром (54%), эпизоды рвоты (93,4%), нормализовался стул (73,4%).

**Заключение.** Изучение клинико-метаболического статуса детей с РАС подтверждает наличие нарушений микробиоты кишечника, требующих своевременной комплексной коррекции.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Гараева С.З., Алиева У.А., Велиева К.Т., Рзаева З.П.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика  
НИИ педиатрии имени К. Фараджевой, Баку, Азербайджанская Республика*

**Актуальность.** Детская заболеваемость является важным показателем состояния здоровья населения, ее изучение выявляет общие и специфические закономерности развития патологий, представляет теоретический и практический интерес.

**Цель исследования.** Изучить заболеваемость детей с рождения до 3 лет.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 370 случаев заболевания детей в возрасте 0–3 лет, направленных на осмотр в консультативную поликлинику НИИ педиатрии имени К. Фараджевой.

**Результаты.** В структуре заболеваемости детей раннего возраста доля болезней органов дыхания на первом году жизни составляет 17,5%, на 2–3-м году жизни — 28,8%. Заболевания желудочно-кишечного тракта в возрасте 0–1 года составляют 11,5%, в 2–3 года — 11,2%. Заболевания нервной системы на первом году жизни равны 14,2%, на 2–3-м году — 12,4%. Частота врожденных пороков развития, представляющих особый интерес в силу значительного фенотипического разнообразия и широкого распространения, составляет 5,8% в возрасте до 1 года, 4,6% — в возрасте 2–3 года. Изучение распространения инфекционных болезней показывает, что уровень этой группы заболеваний составляет до годовалого возраста — 8,8%, а на втором и третьем годах жизни показатель увеличивается и составляет 12,1%.

Анализ исследований показывает, что существует явная гендерная разница между показателями заболеваемости девочек и мальчиков, причем у мальчиков уровень заболеваемости в среднем на 2–3% выше.

**Заключение.** Наиболее частыми основными заболеваниями у детей раннего возраста являются заболевания органов дыхания и желудочно-кишечного тракта. Они встречаются в 2 раза чаще на 2–3-м году жизни.

## СЛУЧАЙ ПОЛИЦИКЛИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СУБСЕПСИСА ВИССЛЕРА – ФАНКОНИ

Гасанова Н.С., Сафарова И.А., Мирджавадлы Р.М., Мамедова Ф.М.,  
Мамедов С.Б.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика*

**Актуальность.** Субсепсис Висслера – Фанкони (СВФ) — системная форма ювенильного идиопатического артрита (ЮИА), характеризующаяся гектической лихорадкой, сыпью, артралгией / персистирующим артритом, лимфаденопатией, а также моно-, полициклическим течением.

**Цель исследования.** Продемонстрировать катамнестическое наблюдение случая полициклического течения СВФ у ребенка 7 лет.

**Пациенты и методы.** Больная А., 7 лет, поступила с жалобами на лихорадку с ознобом в течение 1 мес, боли в суставах, сыпь, увеличение шейных лимфоузлов, миалгию, слабость. Болеет с 2 лет, впервые обратилась в клинику Азербайджанского медицинского университета с жалобами на высокую температуру, утреннюю скованность, припухлость и боль в суставах, сыпь. Был поставлен диагноз: ювенильный ревматоидный полиартрит, аллергический субсепсис Висслера – Фанкони, высокая активность, часто рецидивирующий, серонегативный, кожно-суставно-висцеральный тип, экзостозы обеих большеберцовых костей.

**Результаты.** Состояние при поступлении тяжелое, сознание ясное. Тяжесть состояния связана с высокой температурой тела (38–40 °С), продолжающейся около 1 мес, болями в суставах. Кожа сухая, отмечаются полиморфные высыпания на лице и конечностях. Видимые слизистые гиперемированы, губы сухие. Переднешейные лимфатические узлы пальпируются, подвижные, безболезненные. Видимых деформаций суставов не наблюдается. Носовое дыхание свободное, перкуторный звук в легких ясный. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС — 135 уд./мин. Язык слегка обложен, живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены. Среди лабораторных показателей: лейкоцитоз ( $26,44 \times 10^9/\text{л}$ ), нейтрофилез ( $22,83 \times 10^9/\text{л}$ ), гемоглобин — 9,1 г/дл, железо — 12,9 мкг/дл, ферритин — 163,8 нг/мл, СОЭ — 105 мм/ч, СРБ — 87,46 мг/л, в периферическом мазке отмечается высокий уровень сегментоядерных лейкоцитов. На фоне проводимого лечения (пульс-терапия, базисное лечение) наблюдались клиническое улучшение, положительная динамика параклинических показателей. Однако частые обострения в анамнезе, требующие стационарного лечения, рецидивирующий характер течения свидетельствуют в пользу полициклическости заболевания.

**Заключение.** Таким образом, представленный случай СВФ характеризуется отсутствием четко выраженного поражения суставов на ранней стадии, торпидностью к модифицирующим симптомам препаратам, полициклическим течением, что позволяет задуматься о необходимости более интенсивной и агрессивной тактики лечения ребенка.

## ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Гончар Н.О., Ким А.В., Ерина М.Ю.

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

**Актуальность.** За последние 10 лет наблюдается рост заболеваемости у юношей призывного возраста. Распространенность болезней системы кровообращения (БСК) у подростков в настоящее время неуклонно растет и уступает только бронхиальной астме и ожирению.

**Цель исследования.** Оценка корреляции статистических данных детских поликлиник (ДП) Санкт-Петербурга с данными военных комиссариатов о распространенности артериальной гипертензии и факторах, располагающих к ее развитию.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование 249 пациентов подросткового возраста, поступающих в стационар с диагнозом: артериальная гипертензия. Анкетирование проводилось с целью оценки факторов риска развития БСК. Одновременно проведен ретроспективный анализ отчетов ДП за период с 2016 по 2021 г. «О наличии необходимости в лечебных и оздоровительных мероприятиях подросткам мужского пола 15 и 16 лет» в сравнении с данными отчетов военных комиссариатов (ВК).

**Результаты.** Анкетирование пациентов и последующий анализ полученных данных позволили определить основные факторы, располагающие к развитию БСК, встречающиеся практически у всех опрошенных. Наибольший удельный вес имеют такие факторы, как нарушение пищевого поведения (88,4%), курение (60,2%), ожирение (45,0%), употребление спиртных напитков (25,7%) и др. Отмечено, что в 2/3 случаев имеется сочетание ряда факторов риска. По результатам анализа данных Росстата, предоставляемых ДП Санкт-Петербурга, и данными отчетности о работе с юношами допризывного возраста — значимых отличий нет, нуждаемость в проведении лечебных и оздоровительных мероприятий составляет 4–5%. При этом у лиц подросткового возраста с БСК она составляет около 3–4%.

При сравнительном анализе отчетов ДП (форма № 12) и результатов профилактических осмотров распространенность БСК в 2–4 раза ниже в отчетах, направляемых в ВК. Отмечено, что от всей выявляемой патологии охват диспансерным наблюдением составляет не более 1/3, что указывает на недостаточный контроль этой категории подростков и проводимых лечебно-оздоровительных мероприятий.

**Заключение.** В ходе исследования выявлены значимые отличия в системах учета БСК в деятельности ДП. Недостаточный учет и низкий охват диспансерным наблюдением лиц подросткового возраста с БСК с высокой степенью вероятности снижает объем профилактических, диспансерных и лечебных мероприятий, что свидетельствует о необходимости разработки организационных мероприятий, направленных на совершенствование данного направления деятельности ДП.

## **ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ КАТАСТРОФЫ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19**

**Горбач Л.А.**

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

**Актуальность.** БЦЖ является единственной лицензированной вакциной, применяемой для специфической профилактики туберкулеза у детей во всем мире. В Республике Беларусь вакцинация БЦЖ проводится всем новорожденным детям на 3–5-й день жизни.

**Цель исследования.** Изучение показателей вакцинации БЦЖ новорожденных детей, проживающих на территориях, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, до и во время пандемии COVID-19.

**Пациенты и методы.** К пострадавшим территориям были отнесены Гомельская и Могилевская области. Материалом для исследования послужили данные государственной статистической отчетности Республики Беларусь — «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам». Были подсчитаны интенсивные показатели числа новорожденных детей, привитых вакциной БЦЖ, в расчете на 100 живорожденных. Проведено сравнение этих показателей за период до пандемии COVID-19 — 2017–2019 гг. и во время — 2020–2022 гг.

**Результаты.** Установлено, что в Республике Беларусь среднегодовой показатель вакцинации БЦЖ новорожденных детей за период до пандемии COVID-19 (2017–2019 гг.) составил 80,6 на 100 живорожденных. В период пандемии COVID-19 (2020–2022 гг.) этот показатель увеличился до 82,5 на 100 живорожденных. Прирост был незначителен, составил +2,2%. Это свидетельствует о том, что пандемия COVID-19 не оказала влияния на проведение вакцинации БЦЖ новорожденным детям всей страны. В Гомельской области среднегодовой показатель вакцинации БЦЖ новорожденных детей за период до пандемии COVID-19 был незначительно выше среднереспубликанского уровня и составил 82,7 на 100 живорожденных. Во время пандемии COVID-19 этот показатель увеличился до 85,1 на 100 живорожденных, или на +2,9%. В Могилевской области среднегодовой показатель вакцинации БЦЖ новорожденных детей за период до пандемии COVID-19 был также незначительно выше среднереспубликанского уровня — 81,4 на 100 живорожденных. Во время пандемии COVID-19 он остался на прежнем уровне — 81,7 на 100 живорожденных, прирост +0,4%.

**Заключение.** Установлено, что среднегодовой показатель вакцинации БЦЖ новорожденных детей незначительно увеличился во время пандемии COVID-19 по сравнению с периодом до пандемии в Республике Беларусь. На пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС территориях Беларуси во время пандемии COVID-19 показатели вакцинации БЦЖ новорожденных детей были стабильными либо незначительно увеличились. Это свидетельствует о том, что пандемия COVID-19 не оказала влияния на проведение вакцинации БЦЖ новорожденным детям.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Гордиенко Л.М., Вялкова А.А.

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

**Актуальность.** Медико-социальная значимость проблемы расстройства аутистического спектра (РАС) у детей обусловлена ростом частоты этой патологии (26%), высокой инвалидизацией (90%), снижением качества жизни.

**Цель исследования.** Оценить медико-социальный статус у детей с РАС, проживающих в Оренбургской области.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование родителей для оценки факторов риска и медико-социального статуса у детей с РАС на базе Клиники адаптационной терапии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России и ООО «Медгард» за 2022–2023 гг. Средний возраст пациентов — 3,5–4 года, 25 мальчиков (78%), 7 девочек (22%).

**Результаты.** Установлено: 13,4% детей из многодетных семей, 26,6% детей проживают в частном доме, 40% родителей испытывают финансовые трудности в семье, 86,6% детей рождены от родителей с высшим образованием, 46,6% семей имеют хронические заболевания, в 6,6% случаев в семье выявляются поражения ЦНС. Факторы риска: в 66,7% медико-биологический анамнез отягощен по перенесенным инфекционным заболеваниям (вирусные/бактериальные) во время беременности, 47% детей находились на искусственном вскармливании, 34,4% — на раннем искусственном вскармливании. Перенесли кишечные инфекции в раннем возрасте — 61%. Установлены факторы нарушения пищевого поведения у 33,7% детей. При этом крайняя избирательность в еде — 41%. Выявлены дефицитные состояния по витамину D (54,4%), В<sub>12</sub> (17,7%), ферритину (34,4%).

**Заключение.** Раннее выявление медико-социальных факторов необходимо для разработки эффективного реабилитационного маршрута.



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЛИЦИНОВОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У РЕБЕНКА

Горкина Л.Ф., Фалетров М.В., Аникеева Н.А., Йешкина М.Н., Чуйко Н.А., Космина В.Д., Никитина С.С., Тарара Ю.К.

*ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11», Рязань, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Глициновая энцефалопатия (ГЭ) является редким нейрометаболическим заболеванием с аутосомно-рецессивным типом наследования, характеризуется аномально высоким уровнем глицина в органах и тканях, что приводит к неврологическим симптомам разной степени тяжести.

**Цель исследования.** Описать особенности течения ГЭ у ребенка на примере клинического случая.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находился мальчик, 4 мес, рожденный от 4-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания в первом триместре, роды срочные, физиологические. Масса тела при рождении — 3590 г, длина — 53 см, оценка по APGAR — 8/9 баллов.

**Результаты.** Дебют заболевания на 4-е сут жизни в виде нарастания неврологической симптоматики (вялость, слабый крик, мышечная гипотония, угнетение рефлексов, клонические судороги, апноэ). В возрасте 1 мес находился на лечении в НЦЗД с диагнозом: судороги новорожденного. Отмечалось нарастание дыхательной недостаточности, проведена трахеостомия. При обследовании выявлены патогенные мутации в экзонах 7, 8 гена *AMT*, уровень глицина крови — 876,3 мкмоль/л. МРТ головного мозга (ГМ) — передняя агенезия мозолистого тела, минимальные очаговые поражения вещества ГМ и ствола мозга метаболического происхождения, гипоплазия мозжечка. НСГ — признаки умеренного отека ГМ, диффузные постишемические изменения. ЭЭГ — региональная эпилептиформная активность во всех отделах ГМ.

Ухудшение состояния с 4 мес в виде учащения судорожных приступов. Госпитализирован в ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11» г. Рязани с диагнозом: некототическая глициновая энцефалопатия. Выявлено увеличение концентрации глицина в крови — 1154,9 мкмоль/л. В лечении: противосудорожная (оксипропионат натрия, леветирацетам) и метаболическая терапия (низкобелковые смеси, бензоат натрия). На фоне лечения состояние ребенка стабилизировалось, судороги приобрели локальный характер, стали реже, выписан под наблюдение невролога.

**Заключение.** Врачи-педиатры и врачи смежных специальностей должны сохранять настороженность в отношении ГЭ и при наличии дебютирующих и прогрессирующих в неонатальном периоде неврологических симптомов рекомендовать молекулярно-генетическое обследование пациента. Ранняя диагностика и своевременное назначение патогенетической терапии позволяют продлить жизнь ребенка и улучшить прогноз заболевания.

## БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ САРАТОВСКОГО РЕГИОНА

Григораш О.С., Казиханова М.А.

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

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) — гетерогенное заболевание, в основе развития которого лежат хроническое иммунное воспаление бронхов, генетические механизмы и факторы окружающей среды. Описано большое количество патогенетических механизмов, которые могут стать причиной тяжелого течения БА у детей с избыточной массой тела и ожирением.

**Цель исследования.** Оценить индекс массы тела у детей и подростков в Саратовском регионе, страдающих БА.

**Пациенты и методы.** На базе УКБ № 1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ за 2022–2023 гг. проведено углубленное обследование органов дыхания 110 пациентов 6–17 лет с диагнозом БА (установлен на основании критериев, изложенных в Национальной программе «БА у детей» (2021) и GINA (2022)). Показатели стандартного отклонения индекса массы тела (SD ИМТ) оценивали с помощью таблиц и кривых с нормативными значениями роста и массы тела (сайт ВОЗ). При SD ИМТ > +2,0 устанавливался диагноз «ожирение», «повышенное питание» — SD ИМТ от +1 до +2 (норма SD ИМТ от –1 до +1). Анализ авторской анкеты (ведение пищевого дневника на протяжении года).

**Результаты.** У всех пациентов диагностирована атопическая БА — 100%. Распределение пациентов по гендерному признаку: мальчики — 80 человек (72,7%), девочки — 30 человек (27,3%); по возрасту: 1-я группа (6–10 лет) — 9 человек (8,2%), 2-я группа (11–14 лет) — 50 человек (45,5%), 3-я группа (15–18 лет) — 51 человек (46,3%). Распределение больных по степени тяжести БА: легкая степень — 10 человек (9,1%), среднетяжелая астма — 40 человек (36,4%), тяжелая — 60 человек (54,5%), в том числе 20 человек находятся на ГИБП. В 1-й группе у 2 человек (22,2%) выявлено избыточное питание (SD ИМТ — +1,76), во 2-й группе у 7 человек (14%) — ожирение I степени (SD ИМТ — ±2,97); в 3-й группе у 4 человек (7,8%) — ожирение II степени (SD ИМТ — ±3,02). По результатам анкетирования (пищевой дневник) установлено, что у детей 2-й и 3-й групп ожирение не связано с приемом высоких доз ИГКС (базисная терапия БА), выявлена связь с нарушением пищевого поведения (увеличение калоража пищи на  $325 \pm 17$  ккал/сут по сравнению с возрастными нормами за счет употребления хлебобулочных и колбасных изделий). В группе детей с тяжелой бронхиальной астмой независимо от объема контролирующей терапии ожирение не выявлено.

### Заключение.

1. Для детей и подростков Саратовского региона, страдающих БА, избыточная масса тела (ожирение I степени) выявлена среди детей младшего школьного возраста (6–10 лет) в 22,2% (каждый 5-й пациент), что обусловлено нарушением пищевого поведения (результаты анкетирования).
2. Подростки (15–18 лет) независимо от вариантов терапии тяжелой астмы сохраняют нормальную массу тела, и лишь в 7,8% выявлено ожирение II степени (SD ИМТ — ±3,02).
3. При терапии тяжелой астмы ГИБП как избыточной массы тела, так и ожирения нами не диагностировано.

## ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ПЕРВОКУРСНИКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Грицинская В.Л., Лисовский О.В., Лисица И.А., Завьялова А.Н.

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

**Актуальность.** В последние годы регистрируется значительный рост нарушений режима питания подростков на фоне снижения двигательной активности. Отклонения от оптимального соотношения длины и массы тела создают предпосылки ухудшения здоровья студенческой молодежи.

**Цель исследования.** Проанализировать распространенность вариантов нутритивного статуса у студентов педиатрического факультета в начале обучения в университете.

**Пациенты и методы.** Проведено измерение массы тела и роста 186 студентов первого курса университета (107 девушек и 79 юношей). Средний возраст девушек составил  $17,9 \pm 0,6$  года, юношей —  $18,2 \pm 0,7$  года. Оценка нутритивного статуса проведена по массо-ростовому индексу (ВМІ), значение которого определяли путем деления массы тела (кг) на квадрат роста ( $m^2$ ). При значении ВМІ в интервале от 18,5 до 24,9 регистрировали оптимальное соотношение массы тела и роста; при ВМІ менее 18,5 — дефицит массы тела; в интервале от 25,0 до 30,0 — избыточную массу тела; выше 30 — ожирение.

**Результаты.** Мы провели сравнительный анализ медианных значений и рассеивания показателей массы тела у юношей и девушек. Показатели массы тела у юношей (70,8 [63,1–79,3] кг) выше, чем у девушек (55,2 [50,1–60,3] кг;  $p = 0,0000$ ). Разброс показателей массы тела *min/max* составил у студентов-мужчин от 50,0 до 107,5 кг, у студенток — от 40,0 до 88,0 кг. Анализ показателей массо-ростового индекса показал, что у большинства студентов масса тела была оптимальной для их роста, статистической разницы показателей между юношами (70,9% [95% ДИ: 66,9–74,8]) и девушками (66,8% [95% ДИ: 64,2–68,7]) не выявлено. Дефицит массы тела чаще регистрировался у девушек (28,1% [95% ДИ: 26,2–30,4]), чем у юношей (8,4% [95% ДИ: 5,9–10,7];  $p = 0,0000$ ). У юношей как избыточная масса тела (16,4% [95% ДИ: 12,9–19,8];  $p = 0,0000$ ), так и ожирение (4,3% [95% ДИ: 2,5–6,1];  $p = 0,004$ ) отмечались чаще, чем у девушек (4,2% [95% ДИ: 3,5–5,6] и 0,9% [95% ДИ: 0,5–1,3] соответственно). Суммарно избыточная масса тела (избыточная масса тела + ожирение) у юношей выявлена в 20,7% [95% ДИ: 16,8–23,9] и в 5,1% [95% ДИ: 4,2–6,3] ( $p = 0,0000$ ) случаев.

**Заключение.** Выявлена высокая распространенность дисгармоничных вариантов нутритивного статуса обучающихся на первом курсе университета. У юношей чаще выявляется избыточная масса, что может быть предиктором формирования метаболического синдрома и другой хронической патологии. У девушек преобладающим отклонением является дефицит массы тела, что, возможно, связано с ограничительным типом питания, повышенным уровнем тревожности и депрессии и может быть фоном для дезадаптации к обучению в университете.

## **НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С СЕПСИСОМ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Гулямова М.А., Ходжиметова Ш.Х., Турсунбаева Ф.Ф., Орзикулова С.Ф.**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

**Актуальность.** Заболеваемость гнойно-септическими инфекциями среди новорожденных по-прежнему не имеет тенденции к снижению. При этом в последние годы клинические формы этих состояний характеризуются атипичным и маломанифестным течением, что существенно затрудняет их диагностику. В связи с появлением репродуктивных и перинатальных технологий, получивших интенсивное развитие в последние десятилетия, особую актуальность приобретает проблема сепсиса у новорожденных детей.

**Цель исследования.** Изучить нарушение системы гемостаза у новорожденных детей с сепсисом, родившихся от матерей, перенесших COVID-19 во время беременности.

**Пациенты и методы.** Обследованы 64 новорожденных, пациентов разделили на две группы: 1-я (основная) — 34 новорожденных с сепсисом, родившихся от матерей, перенесших COVID-19, 2-я (сравнения) — 30 новорожденных с неонатальным сепсисом.

**Результаты.** Исследования показали, что геморрагический синдром в виде кровотечений различного происхождения статистически значимо чаще наблюдался среди новорожденных детей с сепсисом, родившихся от матерей, перенесших COVID-19, в первые, на третьи (44,1%) и на 7-е сут жизни по сравнению с новорожденными детьми с неонатальным сепсисом. Как известно, у здоровых новорожденных в возрасте 1–3 дней подтверждено наличие физиологической гиперкоагуляции, являющейся отражением состояния гемостаза матери во время беременности. В наших исследованиях у новорожденных с неонатальным сепсисом формировалось «пограничное» состояние гемостаза с тенденцией к гиперкоагуляционной направленности. У исследуемых новорожденных с неонатальным сепсисом наблюдалось снижение количества тромбоцитов ( $215 \pm 39,8$ ), парциального тромбопластинового времени ( $31 \pm 0,3$ ), времени свертывания крови ( $4,6 \pm 0,2$ ), протромбинового индекса ( $75,5 \pm 1,5$ ), фибриногена ( $3,2 \pm 0,2$ ). А у новорожденных детей с сепсисом, родившихся от матерей, перенесших COVID-19, были выявлены выраженные разнонаправленные нарушения показателей системы гемостаза. В возрасте 1–3 дней у них с исходной гипокоагуляцией наблюдалось более выраженное снижение количества тромбоцитов ( $194,8 \pm 33,4$ ), удлинении парциального тромбопластинового времени ( $34 \pm 0,4$ ) и времени свертывания крови ( $5,2 \pm 0,3$ ), укорочение протромбинового индекса ( $65,8 \pm 1,5$ ), снижение фибриногена ( $2,7 \pm 0,3$ ). Вероятно, гипокоагуляционная направленность системы гемостаза у этих детей связана с истощением коагуляционного звена, вызванным повышенной склонностью к геморрагическим осложнениям в виде различных геморрагических синдромов, в том числе к такому опасному, как ДВС-синдром.

Сравнительная характеристика исследуемых групп показала, что среди параметров гемостаза при сепсисе у новорожденных детей от матерей, перенесших COVID-19, наблюдается достоверное снижение некоторых параметров гемостаза — показатели тромбоцитов ( $< 0,01$ ), содержание фибриногена ( $< 0,01$ ), укорочение протромбинового индекса ( $< 0,01$ ), удлинении парциального тромбопластинового времени ( $< 0,05$ ) и времени свертывания крови ( $< 0,01$ ) — по сравнению с новорожденными детьми с неонатальным сепсисом.

**Заключение.** Таким образом, у новорожденных с неонатальным сепсисом в возрасте 1–3 дней наблюдалось пограничное состояние гемостаза с тенденцией к гиперкоагуляции. Нарушения системы гемостаза в виде кровотечений различного происхождения, а также выраженные изменения параметров гемостаза с исходной гипокоагуляцией статистически значимо чаще отмечались у новорожденных детей с неонатальным сепсисом, родившихся от матерей, перенесших COVID-19 во время беременности.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

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

**Актуальность.** С ростом частоты гемолитико-уремического синдрома (ГУС) у детей возрастает риск формирования хронической тубулоинтерстициальной болезни почек (ТИБП), ассоциированной с ГУС. Оценка маркеров эндотелиальной дисфункции (ЭД) имеет важное диагностическое значение, так как ЭД предшествует клиническим проявлениям заболевания.

**Цель исследования.** Обосновать значение комплекса показателей эндотелиальной дисфункции для прогнозирования ТИБП у детей, ассоциированной с ГУС.

**Пациенты и методы.** Проведено комплексное клинико-параклиническое обследование 74 детей-реконвалесцентов ГУС, 30 детей контрольной группы. Оценен комплекс маркеров ЭД: (эндотелин-1 (ЭТ-1), цистатин С) в сыворотке крови с количественной оценкой биомаркеров в крови ИФА методом ELISA.

**Результаты.** Доказано достоверное повышение показателей эндотелина-1 и цистатина С в крови у пациентов с формированием ТИБП по сравнению со здоровыми детьми ( $p < 0,05$ ). В группе детей-реконвалесцентов ГУС с формированием ТИБП по сравнению с детьми-реконвалесцентами ГУС без поражения почек показатели в крови — эндотелин-1 (154,68–180,86 пг/мл), цистатин С (19201,65–22746,77 нг/мл) были достоверно выше ( $p < 0,05$ ).

Доказано, что у детей-реконвалесцентов ГУС с формированием ТИБП уменьшаются параметры внутривенозной гемодинамики ( $V_s$ ,  $V_d$ ), коррелирующие с нарастанием уровня ЭТ-1, цистатина С в крови ( $V_s$ :  $r = -0,657, -0,679$ ;  $V_d$ :  $r = -0,819, -0,837$ ).

Установлена прямая корреляция между структурными изменениями почек, уровнем артериального давления, внутривенозной гемодинамикой, МАУ и показателями ЭД у детей-реконвалесцентов ГУС с нарастанием уровня Э-1 крови, цистатина С крови ( $r = 0,710; 0,637, p < 0,05$ ), что доказывает значение этих биомаркеров как критериев прогнозирования почечного повреждения и подтверждает их роль как дополнительного маркера поражения почек у детей, перенесших ГУС.

**Заключение.** Взаимосвязь уровня патогенетических биомаркеров с показателями артериального давления, параметрами внутривенозного кровотока, СКФ, уровнем МАУ подтверждает их диагностическую значимость как критериев прогнозирования почечного повреждения, ассоциированного с ГУС у детей.

## ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ КОРИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Даминова М.Н., Ташпулатова Ф.К., Агзамова Ш.А., Абдуллаева О.И.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

**Актуальность.** Охрана здоровья детей и формирование здорового поколения являются приоритетным направлением медицины, в частности педиатрии. Эффективность иммунопрофилактики продемонстрирована десятками лет ее практического применения.

**Цель исследования.** Оценка исходного иммунного статуса и его влияния на результаты иммунизации против кори у часто болеющих детей (ЧБД).

**Пациенты и методы.** Проведено комплексное исследование исходного иммунного статуса ЧБД. Пациенты аналогичного возраста и пола получили вакцинацию против кори-1 и были распределены на две группы: основная — 35 ЧБД, контрольная группа — 30 относительно здоровых детей. Всем детям проведены исследования показателей клеточного звена иммунитета с помощью моноклональных антител серии ИКО к дифференцированным антигенам CD3, CD4, CD8, CD16, CD72, содержания иммуноглобулинов А, М, G по методу Манчини. Выявление антиоксических антител к кори определяли в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) с коревым диагностикумом. В качестве защитного титра противокоревых антител принят уровень 1 : 10.

**Результаты.** Из 35 ЧБД 2/3 составляли больные с частыми ОРВИ —  $65,71 \pm 1,30\%$ , на втором месте по частоте встречаемости были ОКИ —  $57,14 \pm 2,12\%$ , аллергические проявления —  $31,43 \pm 2,31\%$ , бронхиты —  $20 \pm 0,61\%$ . Ветряная оспа —  $14,28 \pm 0,32\%$ , пневмонии —  $5,71 \pm 0,07\%$ ; ангины —  $11,43 \pm 0,19\%$  и прочие —  $17,14 \pm 0,27\%$ . Экссудативный диатез и другие проявления аллергии на коже в группе ЧБД отмечались более чем в 7 раз чаще в раннем возрасте.

Уровень заболеваемости в контрольной группе: ОРВИ — у  $26,67 \pm 1,32\%$ , ОКИ — у  $16,67 \pm 0,29\%$ , прочие — у  $10 \pm 0,21\%$ . Для характеристики изучаемых контингентов был проведен анализ привитости ЧБД, который показал, что только 22,86% пациентов были привиты в календарные сроки профилактических прививок, показатели достоверно ниже, чем у контрольной группы. Срок медицинских противопоказаний у половины непривитых (51,43%) составил более 6 мес. Против кори не привиты в срок 82,86% детей. Изучение поствакцинального иммунитета у ЧБД (защищенность от кори) составила 77,14%. У относительно здоровых детей этот показатель был намного выше — 90%. Содержание Т-резистентных лимфоцитов к коревой вакцине было повышено: у относительно здоровых детей — до  $46,67 \pm 2\%$ , у ЧБД — до  $22,86 \pm 3\%$ .

**Заключение.** Проведенное исследование показало полную безопасность вакцинации у ЧБД, которые еще до вакцинации имели значительное снижение клеточного и гуморального иммунитета. Оценка результатов исследования уровня специфических антител против кори у ЧБД (регистрация серонегативных титров, преобладание низких титров и отсутствие высоких титров) требует проведения дополнительных иммунокорректирующих мероприятий.



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА И СЛИНГА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Дворецкая Т.И., Самойлова О.В., Арсланова И.М., Русинова Д.С.

ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 ДЗМ», Москва,  
Российская Федерация  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Актуальность представленного клинического случая обусловлена редкостью данной патологии, ее бессимптомным течением (до 90% случаев), сложностью дифференциальной диагностики и возможностью развития тяжелых осложнений вплоть до летального исхода.

**Цель исследования.** Ознакомить целевую аудиторию с редким и сложным в дифференциально-диагностическом плане клиническим примером сочетания врожденного гипертрофического пилоростеноза и слинга легочной артерии.

**Пациенты и методы.** Анализ медицинской карты — мальчика А., первого ребенка из двойни, наблюдающегося в филиале № 3 ГБУЗ ДГП № 133 ДЗМ.

**Результаты.** Срыгивания после кормления начались в возрасте 6 нед жизни, постепенно усилились до рвоты фонтаном. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) диагностирован пилоростеноз (стеноз привратника).

В феврале 2023 г. пациенту в возрасте 1,5 мес жизни была проведена лапароскопическая пилоромиотомия, ребенок выписан с выздоровлением на 4-е сут. Разовый объем кормления полностью усваивал.

Через месяц после операции мама стала отмечать у ребенка ухудшение дыхания: появились дистанционные хрипы, шумное свистящее дыхание, редкий кашель. При госпитализации и обследовании по данным компьютерной томографии выявлены слинг легочной артерии, компрессионный стеноз трахеи.

В июле 2023 г. выполнены релокация легочной артерии в ствол легочной артерии в условиях искусственного кровообращения, наложение трахеостомы (компрессионный стеноз трахеи, признаки ларингомалации), через месяц трахеостомическая трубка удалена.

В октябре 2023 г. проведено контрольное обследование в торакальном отделении. По данным ЭГДС наблюдается положительная динамика компрессионного стеноза нижней трети трахеи (сохраняется небольшое уплощение нижней трети трахеи). Рекомендованы динамическое наблюдение педиатра, хирурга, невролога по месту жительства, повторная госпитализация в торакальное отделение для трахеоскопии через 3–4 мес, консультация кардиохирурга в ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» через 2–3 мес.

В настоящее время ребенок наблюдается у участкового педиатра и хирурга. Признаков дыхательной недостаточности нет.

**Заключение.** Данный клинический случай демонстрирует редкое клиническое наблюдение, сложности дифференциальной диагностики, преимущество разных уровней оказания медицинской помощи.

## **ВТОРИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

**Деева Ю.В.<sup>1</sup>, Хубезова И.Е.<sup>2</sup>, Агафонова А.А.<sup>2</sup>, Елисеева А.С.<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup> ГБУ РО «Городская детская поликлиника № 1», Рязань, Российская Федерация

**Актуальность.** Атрезия желчевыводящих путей (АЖВП) — тяжелый врожденный порок развития, характеризующийся частичной или полной облитерацией просвета желчных ходов. Частота встречаемости составляет 1 случай на 20 000 – 30 000 родов.

**Цель исследования.** Представить клинический случай вторичного билиарного цирроза печени в исходе АЖВП у девочки.

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

**Результаты.** Девочка А., 3 мес, ребенок от 1-й беременности, госпитализирована в ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» с жалобами на желтушность кожных покровов, ахоличный стул. При проведении УЗИ выявлена гепатомегалия, после прижизненного патологоанатомического исследования биопсионного материала установлен диагноз АЖВП. Проведена операция портоэнтеростомии по Касаи, девочка выписана в стабильном состоянии.

В возрасте 6 мес на фоне прогрессирования гепато- и спленомегалии направлена в НМИЦ ТИО им. акад. В.И. Шумакова, где проведена родственная ортотопическая трансплантация левого латерального сектора печени от донора (бабушка). В возрасте 2 лет при амбулаторном обследовании выявлены дисфункция печеночного трансплантата, рецидивирующий холангит. Проведено дренирование абсцесса печеночного трансплантата. Спустя 20 дней пациентке установлена двухэтапная наружновнутренняя холангиостома в связи с обострением. Спустя 2 нед после ее перекрытия состояние удовлетворительное. В настоящее время стабильна, находится под амбулаторным контролем педиатра, гастроэнтеролога.

**Заключение.** АЖВП — тяжелое, быстро прогрессирующее заболевание билиарного тракта, манифестирующее с первых дней жизни ребенка. Ранняя диагностика данного заболевания и своевременно проведенная операция Касаи уменьшают вероятность осложнений. При неэффективности консервативной терапии иммуносупрессорами и портоэнтеростомии проводится радикальная операция — трансплантация печени.

## ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА И УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Джумагазиев А.А., Отто Н.Ю., Безрукова Д.А., Сосиновская Е.В.,  
Парамонова К.В.

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

**Актуальность.** Инсулиноподобный фактор роста 1 (ИФР-1) — один из гормонов, вырабатываемых адипоцитами. Обладает ростстимулирующей и инсулиноподобной активностью, в отличие от инсулина, оказывает жиросжигающее действие. Дефицит ИФР-1 ассоциирует с дислипидемией и инсулинорезистентностью.

**Цель исследования.** Установить взаимосвязи ИФР-1 с уровнем витамина D, однонуклеотидным полиморфизмом гена рецептора витамина D rs2228570, с антропометрическими и возрастными показателями у детей с ожирением.

**Пациенты и методы.** Обследованы 60 детей с ожирением (36 мальчиков и 24 девочки), медиана возраста — 13 [*min* — 6,3; *max* — 17,1] лет. Для оценки физического развития использовалась программа ВОЗ AnthroPlus. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 10.0. Для проверки достоверности корреляций использовались критерий Стьюдента, таблицы критических значений коэффициентов корреляции. Критический уровень значимости принимался равным 0,05.

**Результаты.** Выявлены значимые положительные корреляции уровня ИФР-1 с массой тела ( $r = 0,496$ ;  $p = 0,000349$ ), ИФР-1 с ИМТ ( $r = 0,289$ ;  $p = 0,046601$ ), ИФР-1 с ростом ( $r = 0,630$ ,  $p = 0,000002$ ), ИФР-1 с возрастом ( $r = 0,521$ ,  $p = 0,000024$ ). У 90% исследуемых детей с ожирением уровень витамина D в плазме  $< 30$  нг/мл. Корреляции между возрастом и концентрацией витамина D не установлено. Обнаружена значимая отрицательная корреляция уровня витамина D (*Me* 20,0 [9,18; 43,8] нг/мл) с концентрацией ИФР-1 в плазме ( $r = -0,291$ ;  $p = 0,024372$ ). При этом у 91,6% детей с ожирением уровень ИФР-1 находился в оптимальном диапазоне. Медиана концентрации ИФР-1 выше в тех группах генотипов однонуклеотидного полиморфизма гена рецептора витамина rs2228570, где доминирует аллель A:AA, Ag, против GG, gg. При доминировании аллеля A показатель витамина D ниже оптимального значения ( $< 30$  нг/мл) регистрируется чаще, чем при доминировании аллеля G ( $p = 0,05$ ).

**Заключение.** С учетом участия ИФР-1 в процессе роста очевидно, что его уровень будет повышаться по мере увеличения роста и возраста детей (при условии отсутствия дефицита СТГ). Тем не менее, его концентрация в плазме у детей с ожирением коррелирует с показателем массы тела и ИМТ (чем больше масса и ИМТ, тем выше ИФР-1); и обратно коррелирует с уровнем витамина D (чем ниже концентрация 25(OH)D, тем выше ИФР-1).



## ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТ МАТЕРЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Джумагазиев А.А., Отто Н.Ю., Безрукова Д.А., Сосиновская Е.В.,  
Филипчук А.В.

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

**Актуальность.** В последние десятилетия глобализация общества способствует росту ожирения среди детей, следует отметить, что данная проблема является не только медицинской, но и социальной. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ожирение затрагивает почти каждого третьего ребенка. Изучено физическое развитие (рост, масса тела (МТ), индекс массы тела (ИМТ)) детей, рожденных от матерей с ожирением (медиана ИМТ — 32,75 кг/м<sup>2</sup>) и нормальной массой тела (медиана ИМТ — 21,1 кг/м<sup>2</sup>) во время беременности.

**Цель исследования.** Влияние материнского ожирения во время беременности на антропометрические показатели детей в возрасте 0–3 лет.

**Пациенты и методы.** В проспективном исследовании наблюдались 2 группы детей: основная — 48 детей от матерей с ожирением (медиана ИМТ — 32,75 кг/м<sup>2</sup>) и контрольная — 35 детей от матерей с нормальной массой тела (медиана ИМТ — 21,1 кг/м<sup>2</sup>). Достоверность устанавливали с помощью критериев  $\chi^2$ , Стьюдента, Манна – Уитни, различия считались значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Показатели роста новорожденных в 1, 3 мес от матерей основной и контрольной групп достоверно не отличаются ( $p > 0,05$ ). В 6, 9 мес и 1 год жизни ( $p = 0,0456$ ) количество детей в основной группе с высоким ростом достоверно выше, чем в группе контроля. В 2 года различия по росту статистически не значимы ( $p = 0,187$ ). К 3 годам вновь появляется опережение в росте детей от матерей с ожирением ( $p < 0,05$ ).

При изучении МТ и ИМТ новорожденных в 1 и 3 мес жизни различий в обследуемых группах не выявлено. Статистические различия начинают проявляться в 6 мес, когда в основной группе повышенная МТ встречается в 39,6% случаев, а в контрольной — в 8,8% (6 мес —  $p = 0,040$ , 9 мес —  $p = 0,017$ ). В 1 год жизни эти различия в группах по МТ статистически незначимы. В 2 года в основной группе преобладают дети с высоким значением ИМТ ( $p = 0,001$ ), детей с избыточной МТ в основной группе становится почти в 2 раза больше (58,3%), чем в группе контроля (26,5%). Достоверное преобладание показателей МТ в группе детей от матерей с ожирением максимально выражено к 3 годам ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Ожирение у матери в период беременности влияет на физическое развитие ребенка и начинает проявляться с 6 мес жизни высоким ростом и увеличением МТ, с 2 лет отмечаются высокие значения ИМТ.

## ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Ермилова Е.А., Русинова Д.С.

*ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ», Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) — важный и эффективный метод диагностики патологии верхних отделов ЖКТ. Применение эндоскопии у детей в амбулаторной сети ограничено в связи с недостатком специалистов, дорогостоящими расходными материалами, низкой стоимостью по ОМС.

**Цель исследования.** Оценить возможности современной эндоскопии в диагностике патологических состояний в амбулаторном педиатрическом звене, а также систематизировать показания для ЭГДС в детской поликлинике.

**Пациенты и методы.** За 3 мес работы кабинета эндоскопии проведена 231 ЭГДС. Возраст детей — от 4 до 18 лет. С целью обезболивания применялась местная анестезия 10% спреем лидокаина (исключение — аллергия на анестетик). Оборудование: эндоскопическая стойка Fujifilm (видеопроцессор VP7000), гастроскопы EG-760R, EG-580NW (9 и 5,6 мм). Набор для экспресс-диагностики Нр-инфекции. Для родителей разработана памятка подготовки ребенка к исследованию.

**Результаты.** Нами было выполнено 231 исследование. 92,7% детей направлены гастроэнтерологом, 7,3% — педиатром. Жалобы на боли в животе различного характера присутствовали у 45% обследуемых, у 36% — различные проявления диспепсии (изжога, отрыжка, тошнота, горечь во рту, запах изо рта и др.). В 0,9% случаев ЭГДС была неинформативна из-за выраженной негативной реакции ребенка. В 86,4% выявлены патологические изменения слизистой оболочки воспалительного характера, требующие назначения или коррекции терапии. У одного ребенка диагностированы острые множественные язвы желудка и 12-перстной кишки, что потребовало экстренной госпитализации. 76,7% детей были направлены на исследование впервые. 14,3% пациентов в ходе исследования выполнен экспресс-тест БИОХИТ на хеликобактериоз, в 8 случаях получен положительный результат. 3% пациентов по показаниям выполнена биопсия слизистой оболочки пищевода или желудка на морфологическое исследование (в одном случае подтвержден диагноз эозинофильного эзофагита, у четырех детей подтвержден диагноз хронического гастрита различной степени активности).

**Заключение.** Применение эндоскопического обследования в условиях детской поликлиники с использованием новых технологий (BLI, ZOOM) обеспечивает более раннюю диагностику патологии верхних отделов ЖКТ у детей, позволяет избежать госпитализации для проведения ЭГДС, обеспечивает тесное взаимодействие врача-гастроэнтеролога и эндоскописта по обсуждению пациента. Приведенные данные свидетельствуют о безопасности эндоскопии детям с раннего возраста под местной анестезией в поликлинике.

## ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕМЕНТНОГО БАЛАНСА И ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ

Ершова И.Б., Васендина М.В.

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Большинство физиологических функций организма ребенка, сопряженных с деятельностью эндокринной, иммунной и нервной систем, обеспечивается микроэлементами. Поэтому проблема дефицита микроэлементов не утрачивает своей актуальности, особенно в условиях постоянного военного конфликта.

**Цель исследования.** Целью нашего исследования стали изучение и оптимизация микро- и макроэлементного статуса у детей первого года жизни в зависимости от экологических условий проживания.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находились 130 детей первого года жизни, которые были разделены на две группы. Основная — 61 ребенок, внутриутробное развитие которого проходило в ЛНР на территории проведения активных боевых действий. Группа сравнения — 69 детей, пренатальное развитие которых проходило вне военной обстановки — на территории Ростовской области. Для оценки уровня микроэлементов в организме детей использовался скрининговый метод спектрального анализа волос.

**Результаты.** В ходе проведенного исследования нами были выявлены значительные отличия микроэлементного статуса у детей групп сравнения. Так, уровень магния у детей основной группы был в 2,38 раза ниже, чем у детей группы сравнения, что проявлялось нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы. Уровень меди был ниже в 1,42 раза, что сопровождалось повышением частоты инфекционных заболеваний. Также отмечалось увеличение нарушений психомоторного развития у детей основной группы при снижении уровня железа в 2,36 раза по сравнению с группой контроля. Коррекционная терапия проводилась витаминно-минеральным комплексом, содержащим 11 витаминов и 8 минералов: цинк, селен, железо, магний и др. При этом отмечено, что уровень меди повысился на 26,61%, цинк — на 44,62% и магний — на 54,86%, это отразилось на уменьшении клинических симптомов, вызванных дефицитом микроэлементов. Следует отметить, что после коррекционной терапии уровень токсических элементов в волосах детей первой группы достоверно снизился: кадмий — в 2,61 раза, хром — в 1,33 раза, свинец — в 1,74 раза, что говорит о протективном действии селена, меди и магния по отношению к экотоксинам.

**Заключение.** При анализе данных у детей основной группы был выявлен дисбаланс элементного состава, проявляющийся снижением уровня резистентности к инфекционным заболеваниям, проявлениями дезадаптации сердечно-сосудистой системы, а также нарушением психофизического развития. Использование витаминно-минерального комплекса способствовало оптимизации микроэлементного баланса у детей, перинатальное развитие которых проходило в условиях проведения активных боевых действий.



## ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ершова И.Б., Левчин А.М., Глушко Ю.В.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск,  
Российская Федерация  
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Современная действительность наполнена множеством сложных и быстро меняющихся стрессовых нагрузок на детский организм, несформированность которого обуславливает развитие астено-невротического синдрома, сопровождающегося дисфункцией других систем.

**Цель исследования.** Изучение особенностей функционального состояния пищеварительной системы у детей младшего школьного возраста с астено-невротическим синдромом.

**Пациенты и методы.** Обследованы 2 группы детей с астено-невротическим синдромом: I — дети, эвакуированные из зон боевых действий (119 человек); II — дети, переносящие лонг-ковид с поражением нервной системы (107 человек). Двигательная функция ЖКТ оценивалась методом электрогастроэнтерографии (ПЭГЭГ). Изучались:  $P(i)$  — абсолютная,  $P(i)/PS$  — относительная мощность,  $Kritm$  — коэффициент ритмичности,  $P_i/P_{i+1}$  — отношение мощности вышележащего отдела к нижележащему.

**Результаты.** Исследование показало, что показатели  $P_i$  у детей I группы были достоверно ниже по сравнению с таковыми во II группе. При постпрандиальной нагрузке во II группе наблюдалось усиление электрической активности в желудке, тощей и подвздошной кишках, в I группе — снижение ( $p < 0,05$ ). В толстой кишке в обеих группах мощность снижалась.  $P_i/PS$  натощак в обеих группах в желудке были повышены, в толстой кишке — понижены. Более выраженные изменения наблюдались в I группе ( $p < 0,01$ ). После еды повышение  $P_i/PS$  было ниже нормы. Показатели  $Kritm$  натощак в обеих группах детей были выше нормативных в желудке, ДПК и подвздошной кишке. После приема пищи уровень повышения  $Kritm$  был ниже нормы ( $p < 0,001$ ). Исследование  $P_i/P_{i+1}$  показало дискоординацию ЖКТ как в I, так и во II группе. Наиболее выраженные изменения регистрировались в области желудка/ДПК и подвздошной/толстой кишки. Показатели  $P_i/P_{i+1}$  в I группе были более высокими ( $p < 0,05$ ). У детей II группы уровень значений снижался при постпрандиальной нагрузке в области подвздошной кишки / толстой кишки, в то время как у детей I группы — увеличивался.

**Заключение.** Исследование показало, что у детей I группы происходит нарушение электрической активности верхних отделов ЖКТ и замедлена моторика тонкой кишки, у II группы — нарушение активности нижних отделов ЖКТ, усилена моторика *intestinum tenue*. Показатели мощности подвздошной кишки преобладали над толстой в обеих группах детей. Данные изменения являются патофизиологической основой клинических проявлений, характерных для дисфункциональных проявлений ЖКТ при астено-невротическом синдроме.

## БЕЗОПАСНОЕ ПРОСТРАНСТВО СНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ МЛАДЕНЦЕВ

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

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

**Актуальность.** Одной из ведущих причин гибели детей в постнатальном периоде является синдром внезапной смерти младенцев (СВСМ). Знание и соблюдение родителями правил сна ребенка первого года снижает эти риски.

**Цель исследования.** Оценить организацию безопасного сна младенца в домашних условиях.

**Пациенты и методы.** Разработана анкета-опросник для родителей «Организация сна ребенка первого года жизни» из 16 вопросов. Проведено выборочное индивидуальное очное анкетирование 100 матерей (от 19 до 44 лет), имеющих детей в возрасте до 12 мес. Среди опрошенных преобладали матери со средним образованием (69%).

**Результаты.** Анкетирование показало, что лишь в 1,5% семей нет отдельной кроватки для младенца. 42% семей приобретают классические деревянные модели детских кроваток, 2/3 респондентов располагают кроватку в своей спальне рядом с родительской кроватью. Однако в 46,4% семей практикуется совместный сон с ребенком. Значимого влияния уровня образования матери на совместный сон с ребенком не выявлено. 39% родителей используют подушку. У 29% респондентов кроватка используется для хранения игрушек, в том числе мягких, пеленок, предметов ухода. 50,7% респондентов используют балдахины. Нами установлено, что в 36,5% случаев практикуется сон ребенка на животе. 72,5% родителей пользуются пустышкой при засыпании ребенка. Встречаемость курения в семье — 43,5%, из них курение обоих родителей — 23,3%, а употребление алкоголя — 18,8%. Исключительно грудное вскармливание отметили лишь 21,7% респондентов. Информированность матерей о СВСМ — 71%, однако 29% не знали о существовании этого синдрома и его профилактике.

**Заключение.** Около половины семей не выполняют современных требований к организации безопасного сна младенцев, практикуя совместный сон, допускают сон младенца на животе, используют подушки, хранят в кроватке игрушки и предметы ухода. В окружении ребенка отмечено курение и употребление алкоголя.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМАЛИЗУМАБА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

Зайцева С.В.<sup>1,2</sup>, Томилова А.Ю.<sup>1,3</sup>, Мухортых В.А.<sup>1</sup>, Воронина О.Б.<sup>1</sup>, Муртазаева О.А.<sup>2</sup>, Магомедова Х.А.<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Достижение контроля симптомов хронической спонтанной крапивницы (ХСК) является сложной проблемой педиатрии. В последнее время все большее количество исследований указывают на эффективность терапии препаратом омализумаб у пациентов с ХСК.

**Цель исследования.** Оценка эффективности и безопасности терапии ХСК у детей генно-инженерным биологическим препаратом (ГИБП) омализумаб.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 13 детей с ХСК в возрасте от 6 до 16 лет без стойкого положительного эффекта от терапии антигистаминными препаратами. В соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по лечению ХСК в дополнение к препаратам первой линии рекомендована терапия ГИБП омализумаб в дозе 300 мг подкожно раз в 4 нед. Эффективность терапии оценивали на основании опросников: шкала активности крапивницы (UAS7), оценка качества жизни пациентов с дерматологическими заболеваниями (DLQI).

**Результаты.** На момент инициации терапии препаратом омализумаб у всех пациентов отмечено тяжелое течение ХСК (UAS7  $34 \pm 3,4$ ). Через месяц от начала терапии показатель UAS7 снизился до  $17,46 \pm 8,17$  балла, что соответствовало средней степени тяжести. У 3 пациентов в течение 1-го мес элементы ХСК отсутствовали. Однако на 2-м мес отмечен рецидив кожного синдрома в более легкой форме. Через 3 мес активность ХСК соответствовала легкой степени тяжести (UAS7  $7,69 \pm 4,4$ ), у одного пациента — средней степени тяжести (UAS7 17). У 3 пациентов рецидивов ХСК не отмечалось. Остальные дети отмечали легкое течение ХСК. Через 6 мес от инициации терапии ГИБП достигнута ремиссия ХСК (UAS7 = 0). Достижение ремиссии ХСК через 6 мес коррелировало с улучшением качества жизни пациентов. Так, на момент инициации терапии ХСК чрезвычайно сильно влияла на качество жизни всех пациентов (DLQI  $24,53 \pm 1,67$ ). Через месяц от начала терапии отмечена средняя степень влияния ХСК на качество жизни (DLQI  $12,69 \pm 3,9$ ), спустя 6 мес терапии — отсутствие влияния ХСК на качество жизни пациентов и их родителей.

**Заключение.** Включение препарата омализумаб в комплексную терапию ХСК у детей является эффективным и безопасным методом в достижении контроля симптомов заболевания. Неблагоприятных реакций на фоне терапии препаратом омализумаб отмечено не было. Динамический контроль лабораторных показателей не выявил каких-либо изменений со стороны внутренних органов.



## ЗНАЧЕНИЕ АДГЕЗИВНОСТИ БУККАЛЬНЫХ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ ДЛЯ *CANDIDA ALBICANS* У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Закирова А.М.<sup>1</sup>, Файзуллина Р.А.<sup>1</sup>, Мороз Т.Б.<sup>2</sup>, Сабирзянова М.Ф.<sup>2</sup>, Лукина О.И.<sup>2</sup>, Ибрагимова Ж.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГАУЗ ЦГКБ № 18, Казань, Российская Федерация

**Актуальность.** Представляет интерес исследование состава микробиоты пищеварительного тракта (ПТ), ее влияние на формирование частых респираторных заболеваний (ЧРЗ) и развитие воспалительной реакции на уровне слизистых оболочек у детей.

**Цель исследования.** Анализ способности к адгезии буккальных эпителиоцитов (БЭ) для *Candida albicans* (СА) в зависимости от численного состава СА в кишечнике у детей с ЧРЗ.

**Пациенты и методы.** Основная группа — 96 детей (от 6 мес до 3 лет) с ЧРЗ; группу сравнения составили эпизодически болеющие дети. Всем детям проведены консультации специалистов, общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови и специальные методы (исследование искусственной колонизации буккального эпителия — подсчет микробных клеток, адгезированных на одном БЭ; исследование микробиоты кишечника с оценкой количества СА).

**Результаты.** У детей основной группы (1–3 года) показатель адгезии СА на одном БЭ составил  $21,19 \pm 1,18$  ( $p < 0,01$ ), что существенно превышало показатели детей до 1 года —  $14,57 \pm 0,63$  ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе показатель адгезии СА на одном БЭ составил  $6,33 \pm 0,37$ , у 81,03% обследованных показатель был не выше 7 адгезированных микробных клеток. Состав микробиоты зависел от активности воспалительного процесса и степени поражения слизистой оболочки ротовой полости и ПТ: чем выше поднимался показатель искусственной колонизации, тем чаще выявлялся подъем уровня СА в фекалиях —  $r = 0,58$  ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Установлена кооперация микробиома респираторного тракта и ПТ. Полученные результаты продемонстрировали целесообразность анализа оценки количественного содержания СА в полости рта у детей с ЧРЗ неинвазивным способом в качестве экспресс-метода для косвенной диагностики кандидозно-дисбиоза кишечника.

## СОЗДАНИЕ РЕГИСТРА КАРДИОМИОПАТИЙ — ОТПРАВНАЯ ТОЧКА К СИСТЕМАТИЗАЦИИ ПАТОЛОГИИ

**Закирова К.Р.**

*ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Российская Федерация  
ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ», Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Частота выявляемости первичных кардиомиопатий у детей колеблется от 0,65 до 1,24 случая на 100 000 детей. Наиболее распространенными в популяции, согласно литературным данным, являются дилатационная КМП (до 60% диагностированных случаев) и гипертрофическая КМП (около 40%).

**Цель исследования.** Целью работы является создание актуального регистра пациентов с различными формами кардиомиопатий для дальнейшей систематизации патологии и разработки четких критериев диагностики.

**Пациенты и методы.** В работе использовались выписки из историй болезни, документы поликлинического звена и посмертные заключения пациентов. На основании полученной информации были сформированы определенные критерии для создания регистра. Хранение информации организовано при помощи базы данных SQLite.

**Результаты.** В нашей работе проанализированы данные 41 пациента. Из них с диагнозом дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) — 23 человека (в том числе у 4 пациентов в сочетании с некомпактным миокардом), с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) — 14 человек (в том числе 2 пациента с болезнью Помпе), с недифференцированной КМП — 1 человек, с рестриктивной кардиомиопатией (РКМП) — 1 человек, с некомпактным миокардом левого желудочка (НМЛЖ) — 2 человека.

Из общего числа пациентов 12 человек — с благоприятным исходом (стабилизация состояния), 1 — с ДКМП (проведена установка искусственного левого желудочка (ИЛЖ) с последующей трансплантацией сердца), 1 — трансплантация сердца проведена сразу. Зарегистрировано 3 летальных исхода (2 пациента — с ДКМП, 1 пациент — с болезнью Помпе). На основании полученных данных был создан регистр пациентов с различными вариантами КМП у детей.

**Заключение.** Частота встречаемости ДКМП составляет 56% всех случаев кардиомиопатий, ГКМП встречалась в 34% случаев (среди них частота встречаемости классической ГКМП составила 85%, в то время как частота ГКМП, обусловленных наследственными болезнями накопления (болезнь Помпе), составила 15%), что соответствует мировым статистическим данным. РКМП — 3%, недифференцированная КМП — 3%, НМЛЖ — 6%. Данный регистр составлен для использования в практической деятельности врачей с целью формирования преемственности между стационарами и поликлиническим звеном.

## ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК

Зарянкина А.И.<sup>1</sup>, Тузова Л.М.<sup>2</sup>, Лось Н.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь

<sup>2</sup> У «Гомельская областная детская клиническая больница», Гомель, Республика Беларусь

**Актуальность.** Общий анализ мочи является одним из самых доступных клинических методов исследования функции почек.

**Цель исследования.** Проанализировать особенности отклонений в общем анализе мочи, в том числе при различной патологии почек.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ медицинской документации 90 детей с различной патологией почек. Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Систематизация информации и визуализация результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica 10.0.

**Результаты.** Среди детей, находившихся на стационарном лечении в У «ГОДКБ», в 2022 г. диагноз нефропатии впервые был выставлен 90 пациентам (девочки — 55 (61,1%), мальчики — 35 (38,9%),  $p > 0,05$ ) что составило 10,7% от всех пролеченных больных в отделении за год. Среди проанализированных случаев у 10 (11,1%) детей были выявлены гематурия и протеинурия (из них у одного ребенка — в сочетании с бессимптомной бактериурией), у 30 (33,3%) — протеинурия, у 50 (55,6%) — гематурия. У больных с протеинурией патология почек была диагностирована в 5 (16,7%) случаях и характеризовалась пиелозктазией — 1 (3,3%), кистой почки — 1 (3,3%), двусторонним нефроптозом — 1 (3,3%), двусторонней каликоэктазией — 1 (3,3%), синдромом Фролея односторонним — 1 (3,3%). У детей с гематурией патология почек была выявлена в 8 (16,0%) случаях: удвоение почки — 1 (2,0%), односторонний нефроптоз — 4 (8,0%), односторонняя пиелозктазия — 2 (4,0%), синдром Фролея односторонний — 1 (2,0%).

**Заключение.** Отклонения в общем анализе мочи у детей отмечаются достаточно часто и характеризуются гематурией, которая составляет около половины всех случаев (55,6%), протеинурией (33,3%), реже — сочетанием протеинурии и гематурии (11,1%). У каждого 6-го ребенка с изменениями в общем анализе мочи выявляются анатомические/функциональные особенности почек.



## СПЕКТР МУТАЦИЙ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Зарянкина А.И., Дрик М.А., Баранова Е.П.

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

**Актуальность.** Муковисцидоз — наследственное полисистемное заболевание, в основе которого лежит мутация гена трансмембранного регулятора муковисцидоза, характеризующееся нарушением функции экзокринных желез и клиническим полиморфизмом.

**Цель исследования.** Изучить спектр мутаций у детей Гомельской области, больных муковисцидозом.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов ДНК-исследования мутации гена трансмембранного регулятора (*CFTR*) 25 пациентов с муковисцидозом в УО «Гомельский государственный медицинский университет» с консультацией «Брак и семья».

**Результаты.** В анализируемую группу вошли 24 ребенка, один из которых погиб в возрасте 13 сут, (посмертный диагноз: муковисцидоз, мекониальный илеус), 1 молодой человек 27 лет с заболеванием, связанным с геном *CFTR*, — изолированной обструктивной азооспермией (диагностика по поводу бесплодия). При изучении мутаций обследуемых пациентов методом ДНК-анализа гомозиготное носительство мутаций было выявлено у 16 (64%) человек, гетерозиготное — у 5 (20%) и компаунд-гетерозиготное — у 4 (16%).

Среди видов мутаций у всех пациентов встречалась dF508 гена *CFTR*. Среди редких мутаций в гене *CFTR* встречались: G542X — у 2 (9%) пациентов, IVS8-5T — у 1 (4%), 2184insA — у 2 (9%), N1303K — у 3 (13%) пациентов. Гомозиготное носительство наблюдалось у пациентов только с мутацией dF508 (16 человек (64%).

Определение мутаций у родителей детей, больных муковисцидозом, выявило носительство в гене *CFTR* у обоих родителей в 96% случаев.

**Заключение.** У всех пациентов Гомельской области с муковисцидозом выявлена мутация dF508 гена *CFTR*. Наиболее редкой оказалась мутация IVS8-5T в гене *CFTR*. Гомозиготное носительство мутаций встречалось наиболее часто — 64% случаев. У одного из родителей ребенка, больного муковисцидозом, не было выявлено носительства мутаций в гене *CFTR*, что говорит об ограниченной возможности диагностики данного заболевания в Республике Беларусь.

## ФЕБРИЛЬНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

**Зиятдинова Л.М., Исмагилова М.И., Самойлова Н.В.**

*ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ», Казань, Российская Федерация*

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

**Актуальность.** Фебрильные приступы (ФП) представляют серьезную проблему в педиатрической практике из-за высокой частоты встречаемости у детей раннего возраста, склонности к рецидивам. Распространенность ФП в популяции составляет 2–5%. У 1 из 40 детей с простыми ФП происходит трансформация в эпилепсию.

**Цель исследования.** Анализ клинических и лабораторно-инструментальных показателей заболеваний, сопровождающихся ФП у детей, разработка лечебно-диагностической тактики оказания неотложной помощи на госпитальном этапе.

**Пациенты и методы.** В исследование включили 93 ребенка (мальчиков — 53, девочек — 40) с диагнозом: фебрильные судороги (по МКБ-10: R56.0), госпитализированных в стационар в период с 1 января 2022 по 1 января 2023 г. Критерии для включения: дети с одним или более эпизодом ФП, возраст от 1 мес до 7 лет. Проведен анализ историй болезни пациентов: анамнеза, клинических проявлений, этиологических факторов, лабораторных, инструментальных и лучевых методов диагностики, терапии на догоспитальном и госпитальном этапах.

**Результаты.** Преобладали мальчики — 57% (в соотношении 1 : 1,3). Возрастная структура: от 6 мес до 6 лет — 87%, 1–3 года — 46,2% (с пиком заболеваемости 1,5 года), 2 пациента возрасте от 1 до 6 мес, 10 — старше 6 лет. Первый эпизод ФП — в 81,7%, повторные — у 18,2%. Простые ФП — в 80,6%, сложные (атипичные) — в 19,4%.

Простые судороги у детей до 3 лет проявлялись генерализованными клоническими приступами, у старших — тонико-клоническими (продолжительность — от 1–2 до 5 мин). В момент приступа отмечались апноэ, цианоз, в постприступном периоде — дезориентация в пространстве и времени, сонливость. Для атипичных (сложных) ФП характерно развитие длительных (более 15 мин) фокальных (гемиклонических) приступов с односторонним преобладанием, асимметрией моторных и клонических подергиваний (по типу альтернирующих гемиконвульсий). ФП-судороги развивались на фоне инфекции ВДП (54%), среднего отита (13%), пневмонии (9%), гастроэнтерита (7%), герпетической инфекции 6-го типа (5%). У 2 пациентов в поствакцинальном периоде.

ЭЭГ — без изменений в 72%, общемозговые изменения — в 2,1%, легкое замедление основной активности — в 17,2%, в теменно-затылочной области — в 2,1%, эпилептиформная активность — в 6,4%. При повторных сложных ФП на ЭЭГ сна эпилептиформной активности не выявлено. КТ головного мозга с КУ проводилась в 95,6%.

**Заключение.** Отсутствие в Федеральных клинических рекомендациях «Эпилепсия и эпилептический статус у детей и взрослых» четких протоколов обследования и лечения пациентов с диагнозом «фебрильные судороги» создает сложности в курации педиатрами и инфекционистами данной категории пациентов.



## ВИДОВОЙ СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ УРОПАТОГЕНОВ У ДЕТЕЙ С МИКРОБНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

Зокиров Н.З.<sup>1, 2, 3</sup>, Алексеева О.П.<sup>1, 2</sup>, Зокирова З.Ф.<sup>4</sup>, Смирнова А.И.<sup>1, 3</sup>, Попкова Т.М.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** В настоящее время инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) считается одной из самых распространенных бактериальных инфекций в детском возрасте. Несвоевременная диагностика микробно-воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей, позднее начало терапии, неадекватный выбор противомикробных препаратов и неэффективность лечения во многом способствуют рецидивирующему течению заболевания, развитию бактериального нефросклероза и формированию хронической болезни почек.

**Цель исследования.** Оценка структуры уропатогенов у детей и подростков с инфекцией мочевыводящих путей за период 2020–2022 гг., обследованных в нефрологическом стационаре ФГБУ ФНКЦ детей и подростков ФМБА России.

**Пациенты и методы.** В исследование было включено 323 образца первичной мочи детей с микробно-воспалительными заболеваниями почек и мочевыводящих путей. Рост микроорганизмов был выявлен в 103 образцах (31,8%). Выделение и идентификация возбудителей осуществлялись общепринятыми микробиологическими методами. Микробиологическое исследование мочи проводили на бактериологическом анализаторе VITEK-2 bioMérieux, чувствительность к антимикробным препаратам определяли диско-диффузионным методом с использованием анализатора ADAGIO, BIO-RAD.

**Результаты.** В структуре выделенных возбудителей лидирующую позицию занимала *Escherichia coli* (33,0%). Доля *Enterococcus faecalis* составила 19,4%, *Staphylococcus aureus* — 19,4%, *Klebsiella pneumoniae* — 9,70%, *Acinetobacter baumannii* — 8,73%, *Pseudomonas aeruginosa* — 3,88%, *Enterococcus faecalis* — 1,94% и *Proteus mirabilis* — 3,95%.

**Заключение.** Таким образом, по результатам нашего исследования установлено: у детей, обследованных в плановом нефрологическом стационаре, основными возбудителями инфекции мочевыводящих путей являются представители семейства *Enterobacteriaceae*, из них ведущая роль принадлежит *E. coli*. Микробиологический мониторинг и определение механизмов резистентности уропатогенов у детей и подростков с ИМВП позволяют оптимизировать антибактериальную терапию.



## НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ФИКСИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГЛОМЕРУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Зокиров Н.З.<sup>1, 2, 3</sup>, Алексеева О.П.<sup>1, 2, 3</sup>, Крутова А.В.<sup>1, 2</sup>, Смирнова А.И.<sup>1, 3</sup>, Попкова Т.М.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Современная стратегия нефропротективной терапии при заболеваниях почек в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) направлена на воздействие неиммунных механизмов прогрессирования хронической болезни почек при гломерулярной патологии. В педиатрической нефрологии в качестве нефропротекции в основном применяют ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и специфические антагонисты (блокаторы) рецепторов ангиотензина II типа (БРА). Но в ряде случаев даже при назначении максимальной дозы препаратов невозможно достигнуть нефропротективного эффекта, что диктует необходимость использования различных фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов. В педиатрической практике исследования эффекта фиксированной антигипертензивной терапии у пациентов с гломерулярной болезнью немногочисленны.

**Цель исследования.** Оценить эффективность и переносимость фиксированной комбинации эналаприл + амлодипин или рамиприл + амлодипин по сравнению с монотерапией эналаприлом у детей с гломерулярной болезнью в сочетании с артериальной гипертензией.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 34 пациента с гломерулярной болезнью в сочетании с АГ и гематурией (подтвержденные по данным нефробиопсии) в возрасте 7–17 лет. Всем больным проведено полное нефроурологическое обследование с использованием клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования: УЗИ мочевого пузыря, эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления (СМАД). В качестве критерия АГ в дневной период времени принимали значение  $\geq 95$  перцентилем для соответствующего пола, возраста и роста. В ночной период — величину АД на 10% меньшую, чем в дневное время.

Скорость клубочковой фильтрации рассчитывалась по формуле Шварца. Суточная протеинурия определялась на биохимическом анализаторе Beckman Coulter AU 480. Референсное значение суточной протеинурии составило от 0,00–0,14 г / 24 ч. Больные были рандомизированы случайным методом на 2 группы (1-я группа,  $n = 20$ , назначена монотерапия эналаприлом; 2-я группа,  $n = 14$  (ранее рефрактерные к терапии эналаприлом) — фиксированная комбинация: эналаприл + амлодипин или рамиприл + амлодипин в дозе 5/5 мг. Группы исследуемых детей были сопоставимы по возрасту, полу, длительности заболевания.

**Результаты.** В 1-й группе на фоне монотерапии в течение 3 мес эффект был достигнут у 80% (16) пациентов в виде снижения САД (исходно —  $146,4 \pm 16,0$  мм рт. ст., через 3 мес —  $102 \pm 3,5$  мм рт. ст.,  $p < 0,05$ ) и протеинурии (исходно —  $0,75 \pm 0,14$  г/сут, после —  $0,08 \pm 0,02$  г/сут,  $p < 0,05$ ). СКФ на фоне терапии не различалась (исходно —  $120,3 \pm 14,6$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и после —  $114,4 \pm 12,8$   $p > 0,05$ ). У 4 детей данной группы не было эффекта от проводимой терапии, несмотря на назначение максимально разрешенной дозы препарата, что требовало подбора комбинированной терапии.

В группе больных (2-я группа), получавших фиксированную терапию (эналаприл/рамиприл + амлодипин), эффективность подтверждена у всех пациентов (100%). Отмечено снижение протеинурии с  $1,07 \pm 0,22$  г/сут до  $0,24 \pm 0,10$  г/сут,  $p < 0,05$ ; САД — с  $152,3 \pm 16,4$  до  $10,3 + 4,2$  мм рт. ст.,  $p < 0,05$ . Была отмечена тенденция к повышению скорости клубочковой фильтрации (исходно —  $108,3 \pm 11,6$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и после —  $126,4 \pm 6,8$ ,  $p > 0,05$ ), но достоверных различий с показателями в первой группе получено не было.

**Заключение.** Таким образом, сравнительный анализ терапии фиксированной комбинацией иАПФ или БРА с антагонистами кальция снижает протеинурию и увеличивает контроль за АД у детей с гломерулярной болезнью в сочетании с АГ и гематурией. Назначение комбинированной терапии позволяет минимизировать дозы препаратов, что уменьшает количество побочных эффектов и улучшает переносимость терапии.



## КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ЦИСТАТИНА С ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Зокиров Н.З.<sup>1, 2, 3</sup>, Алексеева О.П.<sup>1, 2, 3</sup>, Смирнова А.И.<sup>1, 3</sup>, Ежова А.И.<sup>1</sup>, Титкова А.К.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** В современной нефрологии для оценки нарушений функций почек наряду с оценкой уровня эндогенного креатинина или при применении расчетных формул (в детской практике наибольшее распространение для расчета СКФ получила формула Шварца) с 2012 г. по рекомендации KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) все чаще начали использовать определение сывороточного цистатина С — низкомолекулярного белка с молекулярной массой 13,4 кДа, принадлежащего ко 2-й группе генетического семейства цистеиновых протеаз, который содержится в плазме крови человека и выводится из организма почками. В ряде работ сравнительная эквивалентность креатинина и цистатина С для оценки СКФ достоверно демонстрирует более высокую значимость цистатина С как маркера дисфункции почек, особенно при начальных проявлениях почечной недостаточности.

**Цель исследования.** Определить уровень цистатина С в сыворотке крови как ранний маркер повреждения почек, изучить его значение для оценки фильтрационной функции почек у детей с различными заболеваниями почек, в том числе ХБП 1, 2, 3-й стадии, определенной по СКФ.

**Пациенты и методы.** Проведено комплексное обследование 98 детей в возрасте от 3 до 17 лет с различными заболеваниями почек. В зависимости от нозологической формы почечной патологии пациенты распределены на 4 группы: 1-я — дети с нефротическим синдромом (НС) без ХБП ( $n = 32$ ), 2-я — с НС и ХБП 1, 2, 3-й ст. ( $n = 28$ ), 3-я — с тубулоинтерстициальным нефритом (ТИН) без ХБП ( $n = 22$ ), 4-я — с ТИН и ХБП 1–2-й ст. ( $n = 16$ ). Группы исследуемых детей были однородными по полу и возрасту. Группу контроля составили 10 практически здоровых детей. Определение цистатина С в сыворотке крови проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА).

**Результаты.** У детей 1-й группы с нормальной СКФ (более 90 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) уровень цистатина С в крови составил  $1,14 \pm 0,19$  мкг/мл, что достоверно не отличалось от аналогичных показателей детей 3-й группы без ХБП и контрольной группы (соответственно:  $1,11 \pm 0,18$  мкг/мл и  $1,08 \pm 0,22$  мкг/мл;  $p > 0,05$ ). Несмотря на повышенное значение цистатина С в крови, у 31,2% пациентов (10 детей;  $1,36 \pm 0,28$  мкг/мл) со стероидзависимым НС 1-й группы и нормальной СКФ нами не выявлены достоверные различия с контрольной группой ( $p \geq 0,05$ ). В тоже время у этих детей морфологическими проявлениями заболевания были небольшие изменения гломерул — у 5; МзПГН — у 3 и МПГ — у 2. Повышение уровня цистатина С в сыворотке крови ( $1,31 \pm 0,18$  мкг/мл) выявлено у 89% пациентов 2-й группы (дети с НС и ХБП 1–3-й ст.;  $p = 0,003$ ) и у 68,8% ( $1,31 \pm 0,18$  мкг/мл) — 4-й группы (пациенты с ТИН и ХБП 1–2-й ст.;  $p = 0,03$ ). У этой группы больных также отмечалось достоверное снижение СКФ — менее 90 мл/мин (у 88% 2-й гр. и у 74% 4-й гр., имеющих ХБП 2–3-й ст.). Значительная вариабельность этого показателя наблюдалась у 10 детей 2-й группы со стероидрезистентным нефротическим синдромом (СКФ — 55–75 мл/мин), морфологически проявляющимся ФСГС — у 5, МзПГН — у 2, МПГН — у 3 пациентов с длительностью гломерулярной болезни от 5 до 12 лет.

**Заключение.** На основании данных нашего исследования уровень цистатина С можно рассматривать как высокоинформативный и стабильный ранний маркер почечной дисфункции. Наибольший интерес представляют 2-я и 4-я группы включенных в исследование детей с заболеваниями почек — ХБП 1–2-й ст. Отмечено, что уровень цистатина С был наиболее высоким именно у детей со стероидрезистентным нефротическим синдромом с тяжелыми морфологическими проявлениями с прогностически неблагоприятным исходом. Выявленное повышение уровня цистатина С у детей со стероидзависимым НС при нормальной СКФ дает основание предположить, что цистатин С может служить более ранним маркером снижения фильтрационной функции почек у детей.



## ЭКЗОКРИННАЯ ФУНКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Зокиров Н.З.<sup>1, 2, 3</sup>, Алиева Э.И.<sup>1, 2</sup>, Краснов А.В.<sup>3, 4</sup>, Потапова Н.А.<sup>4</sup>, Колесников Д.В.<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> ГБУЗ МО «Долгопрудненская центральная городская больница», Долгопрудный, Российская Федерация

**Актуальность.** Синдром раздраженного кишечника (СРК) — распространенное заболевание, которое встречается у 20% населения нашей планеты. Оно характеризуется нарушением нейрогуморальной регуляции моторики органов пищеварения, что может служить одной из причин ухудшения переваривания и абсорбции жира.

**Цель исследования.** Изучить в амбулаторно-поликлинических условиях экзокринную функцию поджелудочной железы у детей, страдающих СРК.

**Пациенты и методы.** Были обследованы 31 ребенок с СРК (основная группа) и 20 здоровых детей (контрольная группа). Средний возраст —  $13,4 \pm 0,3$  года. В основной группе у 18 детей был установлен диагноз СРК с диарей (СРК-Д), у 12 — СРК с запорами (СРК-З), у 1 ребенка — смешанный вариант (СРК-См). У всех детей были выявлены реактивные изменения поджелудочной железы при проведении УЗИ. Определение панкреатической эластазы кала проводилось с помощью иммуноферментного анализа с использованием моноклональных антител (ScheVo Biotech).

**Результаты.** У 20 детей (100%) контрольной группы уровень панкреатической эластазы кала составил более 200 мкг/г кала, что является нормой. В основной группе у 24 детей (77,4%) получен результат панкреатической эластазы кала более 200 мкг/г кала, у 6 детей (19,4%) — 100–200 мкг/г кала, у 1 ребенка (3,2%) — менее 100 мкг/г кала. В зависимости от клинического варианта установлено, что у детей с СРК-Д выявлено 5 случаев умеренной и 1 случай тяжелой степени экзокринной недостаточности поджелудочной железы. Среди детей с СРК-З выявлен 1 пациент с умеренной степенью нарушения экзокринной функции поджелудочной железы.

**Заключение.** Таким образом, установлено, что синдром раздраженного кишечника может сопровождаться нарушением экзокринной функции поджелудочной железы. У таких пациентов полученные результаты диктуют необходимость в дифференцированном подходе к терапии поджелудочной железы ферментами.



## АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В Г. ДОЛГОПРУДНОМ

Зокиров Н.З.<sup>1, 2, 3</sup>, Алиева Э.И.<sup>1, 2</sup>, Краснов А.В.<sup>3, 4</sup>, Потапова Н.А.<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup> ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> ГБУЗ МО «Долгопрудненская центральная городская больница», Долгопрудный, Российская Федерация

**Актуальность.** С каждым годом растет частота функциональных заболеваний органов пищеварения у детей. Несмотря на то, что данные состояния не приводят к серьезным последствиям в дальнейшем, они оказывают значительное влияние на качество жизни детей, особенно школьного возраста.

**Цель исследования.** Проанализировать структуру функциональных заболеваний органов пищеварения у детей школьного возраста в г. Долгопрудном за период 2020–2022 гг.

**Пациенты и методы.** На базе детской поликлиники ГБУЗ МО ДЦГБ проведено ретроспективное когортное одномоментное исследование. Проанализированы амбулаторные карты детей школьного возраста, находящихся под наблюдением в поликлинике с 2020 по 2022 г.

**Результаты.** По результатам исследования установлено, что у 1090 детей выявлены функциональные заболевания органов пищеварения. Распределение пациентов при анализе структуры: дети с билиарной дисфункцией — 435 (39,9%), дети с функциональной диспепсией — 466 (42,8%), дети с функциональным запором — 149 (13,7%), дети с СРК — 31 (2,8%), дети с функциональной абдоминальной болью — 7 (0,6%), дети с синдромом циклической рвоты — 2 (0,2%). Согласно классификации функциональных расстройств органов пищеварения у детей, представленной Обществом детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, распределение следующее: функциональные расстройства с тошнотой и рвотой составляют 0,2%, функциональные расстройства с абдоминальной болью — 85,5%, функциональные расстройства дефекации — 13,7%.

**Заключение.** Результаты нашего исследования демонстрируют высокую распространенность функциональных заболеваний органов пищеварения среди детей школьного возраста. Анализ структуры этих заболеваний показал, что наиболее частой формой являются функциональные заболевания, протекающие с абдоминальной болью, что свидетельствует о важном практическом значении исследований, направленных на изучение данной патологии.

## ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ПОДРОСТКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Зябкин И.В., Калинина М.П., Магомедова А.М., Пильников В.Г.

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

**Актуальность.** Туберкулез — инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями группы *Mycobacterium tuberculosis complex*. Основным локусом поражения принято считать легкие. К редким вне-легочным проявлениям туберкулеза можно отнести поражение среднего уха, частота которого составляет от 0,05 до 0,9%.

**Цель исследования.** Представление клинического примера поражения среднего уха как первичного клинического проявления туберкулезной инфекции.

**Пациенты и методы.** Проведено комплексное обследование с применением микроотоскопии, мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ) височных костей, органов грудной полости, тональной пороговой аудиометрии у пациентов с туберкулезным средним отитом. В качестве примера приводится следующее клиническое наблюдение.

**Результаты.** Пациентка В., 17 лет, в апреле 2023 г. обратилась в ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России» с жалобами на боль, шум в правом ухе, снижение слуха. Ранее в связи с сохранением симптомов после проведенного курса лечения амбулаторно была госпитализирована в оториноларингологический районный стационар с диагнозом: правосторонний острый гнойный средний отит. Выписана на 8-е сут лечения. Существенного положительного эффекта от терапии не отмечалось, в связи с чем направлена в ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России».

При микроотоскопии справа: наружный слуховой проход циркулярно сужен, кожа несколько инфильтрирована, барабанная перепонка резко изменена за счет наличия нескольких ретракционных карманов, центральной перфорации в натянутой части. При тональной пороговой аудиометрии выявлена правосторонняя тугоухость по смешанному типу с преобладанием кондуктивного компонента 2-й степени.

На серии компьютерных томограмм височных костей определялись наличие содержимого в правой барабанной полости, ретротимпанальных полостях справа при рентгеновской плотности от +15 до +65 НУ, утолщение барабанной перепонки, признаки пристеночного утолщения в барабанной полости.

**Заключение.** В настоящее время особенно актуальна настороженность в отношении туберкулезного среднего отита среди детей и подростков. При всех отитах с затяжным течением без эффекта на фоне проведения стандартной антибактериальной терапии в эндемичных районах и у лиц с иммунодефицитами необходимо исключить туберкулезное поражение. Выраженная кондуктивная тугоухость и массивные костные деструкции, а также высокая частота отогенных осложнений должны насторожить врача. Стоит учитывать наличие смешанной инфекции при идентификации возбудителя.

## ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ДЕТЕЙ ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОЙ РСВ-ИНФЕКЦИИ

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

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

**Актуальность.** Респираторно-синцитиальный вирус (РСВ) обуславливает высокую заболеваемость, потребность в госпитализации и летальность у детей группы риска. Действенной мерой в профилактике РСВ-инфекции является пассивная иммунизация моноклональными антителами против РСВ.

**Цель исследования.** Продемонстрировать особенности течения ante- и перинатального периода у детей групп высокого риска развития тяжелой РСВ-инфекции, которым была запланирована пассивная иммунопрофилактика.

**Пациенты и методы.** Объектом исследования были 44 недоношенных ребенка. Критерии включения в группу: недоношенность до 35 нед, наличие бронхолегочной дисплазии (БЛД) и ВПС, добровольное согласие законных представителей на иммунизацию. Оценка ante- и перинатального периода исследуемых групп проводилась на основании анализа первичной медицинской документации (выписка из родильного дома и истории болезни ребенка).

**Результаты.** В группе преобладали девочки — 63,7% ( $n = 28$ ), мальчиков было 36,3% ( $n = 6$ ). Средний возраст матерей составил 24,2 (14,6) года, среднее количество беременностей — 2,7 (1,8), количество родов —  $1,8 \pm 1,02$ . Отягощенный акушерский анамнез имели 80% ( $n = 35$ ): искусственное прерывание беременности — у 20 женщин, выкидыши на ранних сроках — у 15. Осложненную беременность имели все женщины: гестозы — 29,5% ( $n = 13$ ), анемия — 34,1% ( $n = 15$ ), гестационный диабет — 16% ( $n = 7$ ), острая фетоплацентарная недостаточность — 3,6% ( $n = 6$ ), хроническая — 11,4% ( $n = 5$ ); оперативные роды — 72,7% ( $n = 32$ ). Средний гестационный возраст составлял 26,57 (1,79) нед; медиана массы тела — 900 [490; 1100] г, длины — 33,0 [23,0; 37,0] см; ЭНМТ имели 84,1% ( $n = 37$ ), ОНМТ — 15,9% ( $n = 7$ ) детей. По шкале APGAR на 1-й мин детей с тяжелой гипоксией 1–3 балла было 31,8% ( $n = 14$ ), с гипоксией 4–7 баллов — 68,2% ( $n = 30$ ); на 5-й мин все дети имели гипоксию средней тяжести — 4–7 баллов. Респираторный дистресс-синдром был диагностирован у 81,8% ( $n = 36$ ), ВПС — у 6,8% ( $n = 3$ ) детей. После 28-го дня жизни у 81,8% ( $n = 36$ ) детей был установлен диагноз БЛД. При стабилизации состояния начиналась пассивная иммунизация. После выписки от 2 до 5 иммунодоз дети получали в дневном стационаре и кабинетах мониторинга межмуниципальных центров.

**Заключение.** Таким образом, все дети, планируемые для пассивной иммунопрофилактики, имели отягощенный ante- и перинатальный период развития: в 80% случаев — отягощенный акушерский анамнез, в 100% — осложненное течение беременности у матерей, что является фактором риска рождения недоношенного ребенка. В структуре диагнозов лидировали респираторный дистресс-синдром (81,8%), БЛД (81,8%), ЭНМТ (84,1%) и ВПС (6,8%), что соответствует критериям отбора детей для проведения пассивной иммунизации против инфекции, вызванной респираторно-синцитиальным вирусом.

## ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Игнатенко Г.А., Дубовая А.В., Науменко Ю.В., Каменева Ю.В.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, Донецк, Донецкая Народная Республика, Российская Федерация

**Актуальность.** Лечебные свойства горной местности известны на протяжении многих столетий. Природный горный воздух обладает целебными свойствами, наделяет человека новыми силами и укрепляет здоровье. Объясняется такой эффект низким содержанием кислорода в воздухе. Несколько недель, проведенных в горах, являются очень ценными для организма. Однако не каждый может позволить себе такой отдых. Для этих целей была разработана гипоксическая тренировка — методика повышения работоспособности, улучшения функционального состояния и качества жизни человека путем дозированной подачи воздуха с пониженным содержанием кислорода в обычных условиях. Использование данной методики лежит в основе профилактических и лечебно-реабилитационных программ.

**Цель исследования.** Изучить особенности применения интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНГТ) в педиатрической практике.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находились 16 пациентов (4 мальчика и 12 девочек) в возрасте от 6 до 17 лет с различными соматическими заболеваниями. Всем детям измеряли артериальное давление (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС) и сатурацию ( $SpO_2$ ) как перед сеансом ИНГТ, так и после ее проведения.

**Результаты.** Курс ИНГТ проведен детям со следующими соматическими заболеваниями: 4 (12,5%) пациента с нарушением ритма сердца (2 человека — синусовая брадикардия, 2 человека — синусовая тахикардия), 1 (6,25%) девочка с соматоформной вегетативной дисфункцией, 1 (6,25%) подросток с артериальной гипотензией, 1 (6,25%) мальчик с нарушением проводимости сердца (полная блокада правой ножки пучка Гиса), 1 (6,25%) ребенок — острый простой бронхит, 1 (6,25%) девочка — вазовагальный синдром, вазодепрессорный тип, 2 (12,5%) подростка с пролапсом митрального клапана — фиброз створок митрального клапана, митральная недостаточность I степени, 1 (6,25%) пациент с субтотальной алопецией, 1 (6,25%) ребенок с аденоидными вегетациями II–III степени, 1 (6,25%) подросток со вторичной артериальной гипертензией на фоне эндокринных изменений, 1 (6,25%) пациент с эссенциальной лабильной артериальной гипертензией, 1 (6,25%) девочка со склеродермией.

Во время проведения сеанса ИНГТ 2 (18,75%) пациентам с артериальной гипертензией осуществлялось суточное мониторирование артериального давления и холтеровское мониторирование электрокардиограммы (СМАД + ХМ ЭКГ). Так, СМАД + ХМ ЭКГ проведено пациенту с эссенциальной лабильной артериальной гипертензией во время 3-го сеанса ИНГТ, зафиксированы следующие данные: на начало исследования (12:00) цифры САД составили 137 мм рт. ст., ДАД — 80 мм рт. ст., ЧСС — 69 уд./мин. После завершения сеанса (13:00) цифры АД нормализовались: САД — 113 мм рт. ст., ДАД — 84 мм рт. ст. У пациента с эссенциальной лабильной артериальной гипертензией на момент проведения СМАД + ХМ ЭКГ отпускаясь 5-й сеанс ИНГТ, где зафиксированы следующие изменения: на начало исследования (11:00) цифры САД составили 136 мм рт. ст., ДАД — 60 мм рт. ст., ЧСС — 89 уд./мин. К завершению сеанса (12:00) цифры АД нормализовались: САД — 125 мм рт. ст., ДАД — 65 мм рт. ст., ЧСС — 77 уд./мин.

Все дети (100%) после проведения 10 сеансов ИНГТ отмечали улучшение сна, настроения, увеличение двигательной активности. У 2 детей (12,5%) с синусовой тахикардией отмечена нормализация ритма (ЧСС ср. 80–85 уд./мин). У ребенка с явлениями острого простого бронхита регрессировал затяжной кашель. У пациента с аденоидными вегетациями на 3-м сеансе исчез ночной храп, а после 10 сеансов и консультации оториноларинголога принято решение о пролонгации аденотомии. Всем пациентам рекомендовано пройти повторный курс ИНГТ через 3–6 мес.

**Заключение.** Таким образом, применение интервальной нормобарической гипокситерапии позволяет включить и использовать генетически запрограммированные механизмы, направленные на повышение неспецифической резистентности организма, что дает основания рекомендовать метод в комплексах, применяемых в лечении, профилактике и реабилитации при различных заболеваниях и переживании стрессовых ситуациях у детей.

## НОВАЯ ФОРМА ЗАВИСИМОСТИ — КУРЕНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ ПОДРОСТКАМИ И МОЛОДЕЖЬЮ

Ильина М.С., Морозова В.А., Самороднова Е.А., Закирова А.М.

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

**Актуальность.** По данным Центра профилактики и контроля потребления табака НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России, распространенность курения за последнее десятилетие имела тенденцию к снижению, однако отмечен резкий рост потребления электронных сигарет (ЭС) в 49,3 раза, теперь 1 из 10 россиян пробовал ЭС, а среди подростков — каждый четвертый.

**Цель исследования.** Изучить распространенность курения электронных сигарет среди подростков, выявить основные причины формирования зависимости и влияние на состояние здоровья.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование 100 учеников городов Казани и Зеленодольска в возрасте 14–18 лет (медиана — 16 лет) с помощью Google-формы. В опросе участвовали мальчики — 40% и девочки — 60%.

**Результаты.** Среди опрошенных пробовали курить табачные изделия 80% подростков, причем электронные сигареты — 75% и 5% — классические сигареты. Регулярно курят ЭС или классические по 35 и 2% соответственно. Большинство подростков (64%) уверены в том, что электронные сигареты не приносят вреда здоровью, остальные осведомлены о возможных рисках. Среди курящих основными поводами начала курения названы интерес к новому тренду, приятный вкус и ощущения после курения — 40%, стресс на учебе и тревожность перед экзаменами — 32%, психологический дискомфорт из-за конфликтов и непонимания в семье — 16% и чувства одиночества — 12%.

К сожалению, производители табачных изделий, а с их подачи массовой культурой и социальные сети активно продвигают ЭС на рынок, создавая крайне привлекательный образ. По результатам опроса, про ЭС узнали из социальных сетей 46% респондентов, 32% — от знакомых или родственников. Также значительную роль в употреблении такой продукции играет окружение — 72% школьников ответили, что знакомые или друзья предлагали им ЭС.

При самооценке состояния здоровья после начала курения ЭС подростки отмечают ухудшение самочувствия даже при небольшом стаже курения. Симптомы начали замечать после 3 мес использования: одышка появилась у 35%, учащенное сердцебиение — у 20%, 40% отметили, что стали зависимы от курения ЭС, и при попытке отказа от них появляются слабость и невозможность сконцентрироваться на чем-либо.

**Заключение.** Таким образом, курение электронных сигарет широко распространено среди школьников, так как создан привлекательный для подростка образ табачного продукта — «современное, безвредное, почти бесплатное средство, чтобы избавиться от стресса, приобщиться к успешным и известным людям». Тревожными фактами являются быстро формирующаяся зависимость и ущерб здоровью подростка.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ВРТ В КАЗАХСТАНЕ: ПРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ильмуратова С.Х.<sup>1</sup>, Локшин В.Н.<sup>2</sup>, Нургалиева Ж.Ж.<sup>3</sup>, Манжуова Л.Н.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> *Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Республика Казахстан*

<sup>2</sup> *Международный клинический центр репродуктологии PERSONA, Алматы, Республика Казахстан*

<sup>3</sup> *НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика Казахстан*

<sup>4</sup> *АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», Алматы, Республика Казахстан*

**Актуальность.** Сегодня востребованность вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) привела к рождению более 10 млн детей во всем мире и более 30 тыс. в Казахстане. Однако с каждым годом растет интерес к состоянию здоровья потомства после применения ВРТ. По многим аспектам все еще сохраняются противоречивые данные. Исследования, специально посвященные исходам развития нервной системы, ограничены. Имеются данные о высоком риске гипоксически-ишемического поражения головного мозга, аномалий развития, патологических гипербилирубинемий, приводящих к отдаленным социально значимым последствиям в виде нервно-психических заболеваний. Данные исходы имеют большое значение для общественного здравоохранения и требуют дальнейшего изучения.

**Цель исследования.** Определение показателей нервно-психического развития у детей, родившихся в результате применения ВРТ в Казахстане.

**Материалы и методы.** На базе МКЦР PERSONA, ИРМ, ЭКОМЕД и НЦПиДХ в городе Алматы в рамках НТП ИРН AP14872103 «Определение соматического и психосоциального статуса детей, родившихся в результате ВРТ, с разработкой прогностической модели и принципов ведения детей» было проведено проспективное исследование детей, рожденных с применением ВРТ, и детей, зачатых спонтанно. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы IBM SPSS Statistic 26.

**Результаты.** В основную группу вошли 120 детей, рожденных с помощью ВРТ, в контрольную — 132 ребенка, зачатых естественным путем. Нами была проведена оценка параметров психомоторного развития детей обеих групп. На основе данных оценки исследуемые группы практически не отличались друг от друга. Однако дети из группы ВРТ начали быстрее ходить в сравнении с детьми, зачатыми спонтанно (медианы составили 10 и 11 мес соответственно,  $p = 0,015$ ), что скорее подтверждает большую опеку и работу с детьми со стороны родителей, для которых рождение ребенка далось с трудом. В когорте детей, рожденных с помощью ВРТ в Казахстане, статистически значимо превалировала незрелость структур головного мозга, выявленная на НСГ ( $p = 0,027$ ; 95% ДИ: 1,09–6,93), которая была связана с преждевременными родами ( $p = 0,008$ ; 95% ДИ: 1,69–18,8) и приемом прогестерона до беременности ( $p = 0,035$ ; 95% ДИ: 1,13–11,25).

**Заключение.** Неврологическое развитие детей, зачатых с помощью ВРТ, имеет обнадеживающие результаты и не представляет собой препятствия для использования парами процедур ВРТ с целью получения долгожданной беременности. Тем не менее, необходимо учитывать, что выделение факторов риска имеет большое значение при ранней реабилитации детей с высоким риском развития нервно-психических расстройств, а своевременные профилактика и реабилитация, несомненно, нивелируют симптомы заболевания и обеспечат быструю адаптацию в обществе.



## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ДЕТСКО-ЮНОШЕСКОМ СПОРТЕ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ

Исаева Е.П.<sup>1</sup>, Огороков П.Л.<sup>1, 2</sup>, Зябкин И.В.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Железодефицитная анемия (ЖДА) составляет 90% от всех анемий в детском возрасте. Учитывая физиологическую значимость железа для организма человека, нарушения его обмена у спортсмена имеют негативные последствия в виде ограничения возможностей оперативного восстановления, снижения физической работоспособности и тонуса скелетной мускулатуры. В настоящее время в Российской Федерации отсутствуют достоверные статистические данные о распространенности железодефицитных состояний у элитных юных спортсменов.

**Цель исследования.** Оценить распространенность ЖДА и латентного дефицита железа у юных элитных спортсменов.

**Пациенты и методы.** Проанализированы данные 784 амбулаторных карт членов сборных спортивных команд Российской Федерации в возрасте от 13 до 18 лет (средний возраст —  $15,4 \pm 2,1$  года; 53,6% — девушки, 46,4% — юноши) по 17 видам спорта, прошедших углубленное медицинское обследование. ЖДА диагностировалась при снижении уровня гемоглобина  $< 120$  г/л для девушек и  $< 130$  г/л для юношей в сочетании со снижением уровня сывороточного железа  $< 10,7$  мкмоль/л. Латентный дефицит железа определялся при снижении уровня сывороточного железа на фоне нормального уровня гемоглобина.

**Результаты.** ЖДА диагностирована у 39 юных элитных спортсменов — 4,97% случаев. Тяжелая степень ЖДА выявлена у 5 спортсменок (12,8% от всех случаев анемии). Латентный дефицит железа определяется у 25,5% юных спортсменов, из которых 61% составили девушки и 39% — юноши. Частота выявления ЖДА у девушек статистически значимо превышает таковую у юношей (8,3% vs 1,1%;  $p < 0,0001$ ).

**Заключение.** У юных элитных спортсменов отмечается умеренная распространенность ЖДА ( $< 5\%$ ). Однако у каждого четвертого атлета выявляется латентный дефицит железа, что ставит вопрос о необходимости своевременного скрининга (контроль уровня ферритина, гемоглобина и сывороточного железа) и коррекции железодефицитных состояний в детско-юношеском спорте.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫХ РАЗЛИЧИЙ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ И УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ С ГРИППОМ

Казанцева Е.Д., Петрова А.Г., Даренская М.А., Рычкова Л.В., Семенова Н.В., Москалева Е.В.

ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ, Иркутск, Российская Федерация

**Актуальность.** В структуре заболеваемости детского возраста лидирующее место занимают болезни органов дыхания. Грипп и другие ОРВИ составляют 90% среди всех инфекционных болезней. Грипп чаще поражает детей в возрасте от 1 до 14 лет. В настоящий момент существует достаточное число исследований о значимости цитокинов при пандемическом гриппе у взрослых и подростков, однако результаты изучения динамики показателей цитокинового профиля в зависимости от особенностей течения респираторных заболеваний у детей немногочисленны и иногда носят противоречивый характер. Существует небольшое число исследований с описанием гендерных и возрастных отличий цитокинового профиля у детей с сезонным гриппом, что делает тему актуальной.

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ клинических симптомов и параметров цитокинового профиля у детей с сезонным гриппом в зависимости от пола и возраста.

**Пациенты и методы.** В исследовании приняли участие 50 детей от 1 мес до 11 лет, которые находились на стационарном лечении в ОГБУЗ «Иркутская ОИКБ» с декабря 2018 по январь 2019 г. с верифицированным диагнозом «грипп». При анализе историй болезни оценивались пол, возраст ребенка, диагноз основной, сопутствующий, наличие осложнений, характер и длительность ринита, характер и длительность кашля, характер и длительность лихорадки, наличие интоксикации (вялость, отказ от еды, тошнота или рвота, общая слабость, нарушение сна), наличие других клинических симптомов (сыпь, судороги, боль в горле, головная, мышечная боли). Распределение детей по возрастным группам было с учетом периодизации детского возраста Н.П. Гундобина: раннее детство — от 1 до 3 лет; дошкольный возраст, среднее детство, или 1-й период детства — от 3 до 7 лет; младший школьный возраст, старшее детство, или 2-й период детства (девочки — от 7 до 11 лет, мальчики — от 7 до 12 лет). Диагностика гриппа проводилась методом ПЦР. Концентрация цитокинов (IL-1, IL-4, IL-6, IL-8, TNF- $\alpha$ , INF- $\alpha$ , INF- $\gamma$ ) в плазме крови определялась методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием диагностических тест-систем производства ЗАО «Вектор Бест» на анализаторе Мультискан EX (Термо Электрон, Германия). Анализ и статистическая обработка информации проводились с помощью программы Excel и прикладного пакета программ Statistica 6.0. Контрольную группу составляли практически здоровые дети без признаков ОРВИ, подобранные методом «копия-пара» ( $n = 50$ , средний возраст —  $5,3 \pm 2,6$ ), концентрации интерлейкинов и СРБ не превышали нормальных значений (СРБ < 5 pg/ml, IL-1 < 11 pg/ml, IL-4 < 4 pg/ml, IL-6 < 10 pg/ml, IL-8 < 12 pg/ml, TNF- $\alpha$  < 6 pg/ml, INF- $\gamma$  < 20 pg/ml, INF- $\alpha$  < 11 pg/ml).

**Результаты.** При сравнении клинических показателей, длительности основных клинических симптомов и параметров цитокинового профиля у детей с сезонным гриппом гендерных и возрастных различий выявлено не было. Возможно, это связано с тем, что в нашем исследовании представлена возрастная группа детей до начала пубертатного периода, тем самым мы исключили влияние половых гормонов на исследуемые показатели, значит, в дальнейшем можно рассматривать девочек и мальчиков в единой группе. Отмечается статистически значимое повышение уровня провоспалительных цитокинов IL-1, IL-6, IL-8, TNF- $\alpha$ , INF- $\alpha$ , а также СРБ, противовоспалительного цитокина IL-4 при сезонном гриппе во всех возрастных группах, в отличие от контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Выявлена отрицательная корреляционная связь между уровнями СРБ и INF- $\gamma$ , а также положительная корреляционная связь между уровнями СРБ и IL-1 у детей с неосложненным сезонным гриппом. Также отмечена сильная прямая корреляционная связь между уровнями СРБ и IL-4 у детей с сезонным гриппом, осложненным пневмонией, что может быть связано с более выраженной компенсаторной активацией этого противовоспалительного цитокина и/или более высокой микробной сенсibilизацией и/или более выраженным воспалением.

**Заключение.** У детей разного пола и возраста сезонный грипп протекает типично, без статистической разницы в клинических показателях и в уровне цитокинов. Взаимосвязь системного воспаления и цитокинов нуждается в дальнейшем изучении.

## НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНУЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Казиханова М.А., Воротникова Н.А.

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

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) — классический пример полиэтиологического заболевания, в патогенезе которого взаимодействуют психосоматические, инфекционные и аллергические компоненты. Несмотря на исследования психосоматических соотношений у подростков с БА, остаются малоизученными этиопатогенез эмоционального реагирования, характер реакций на заболевание, способы психологических защит в условиях госпитализации, в связи с чем важно исследование вклада индивидуально-психологических особенностей подростков в формирование патологической психосоматической функциональной системы.

**Цель исследования.** Выявить особенности психоэмоциональной сферы подростков с БА, получающих длительную комбинированную контролируемую терапию ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) в сочетании с генно-инженерной биологической терапией (ГИБП) препаратом омализумаб.

**Пациенты и методы.** В отделение детской пульмонологии УКБ № 1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ в 2023 г. проведено углубленное обследование 28 пациентов 12–17 лет. Диагноз БА установлен на основании критериев, изложенных в Национальной программе «Бронхиальная астма у детей» (2021) и GINA (2022). Оценивали психологический статус пациентов с БА: авторская анкета из 64 вопросов в сочетании с проективной рисуночной методикой Дж. Бука «Дом. Человек. Дерево» (1948). Все пациенты находились во внеприступном периоде БА. Статистическая обработка результатов исследования выполнена при помощи прикладной компьютерной программы Microsoft Office Excel; экстенсивные показатели рассчитывали в %.

**Результаты.** Распределение пациентов по возрасту: младший подростковый возраст (12–14 лет) — 18 человек (64%) и старший подростковый возраст (15–17 лет) — 10 человек (36%); по гендерному признаку: мальчиков — 16 (57%), девочек — 12 (43%). Течение БА по степени тяжести: среднетяжелое, частично контролируемое течение — 15 (54%), тяжелое частично контролируемое течение — 13 (46%). При оценке рисуночного теста учитывались 4 критерия: прорисовка предметов (слабый/сильный нажим), наличие в доме окон и трубы, тип дерева, образ человека. Слабая прорисовка всех предметов выявлена у 21 пациента (75%), из них 13 — со среднетяжелым течением БА (72%) и 8 человек — с тяжелым течением БА (38%), что свидетельствует о пребывании детей в состоянии тревоги и угнетения вследствие настоящего заболевания. Практически все пациенты — 27 человек (96%) — нарисовали дом с окнами — признак открытости и доступности к общению; недостаток тепла в семейных отношениях выявлен у 17 больных (61%) с БА: 11 человек со среднетяжелым течением БА (65%) и 6 человек с тяжелым течением БА (35%) — отсутствует труба на доме. Интуитивный тип личности (высокая истощаемость ЦНС, повышенная чувствительность) продемонстрировали 19 больных (68%): 12 человек со среднетяжелым течением БА (63%) и 7 человек с тяжелым течением БА (37%) — «пикнический» тип дерева. Образ человека исключительно в виде куклы (анфас) нарисовали 96% детей с астмой — тревожность и признак доминирования окружения над пациентом. Один пациент 12 лет с тяжелым течением БА категорически отказался от изображения дома и человека (проявление крайней агрессии к семье).

### Заключение.

1. Для 2/3 пациентов (75%) с БА, получающих активную контролируемую терапию с включением ГИБП, характерно состояние тревоги и угнетения.
2. Высокая истощаемость нервной системы в сочетании с повышенной чувствительностью выявлена у 19 подростков (68%) независимо от степени тяжести БА.
3. Пациенты с тяжелым течением БА оказались менее подвержены тревожным расстройствам личности, вероятно, вследствие длительной адаптации к своему заболеванию.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ РЕКРЕАЦИОННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК

Калита С.И., Дакуко А.Н.

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

**Актуальность.** Артериальная гипертензия (АГ) — актуальная проблема детской кардиологии. Рост распространенности АГ в детском и подростковом возрасте составляет от 2,4 до 18,3% популяции, преимущественно увеличивается с 7 до 17 лет с 3,9% до 14,9%. Важно понимать, что АГ может стать предиктором фатальных событий, в том числе у лиц молодого возраста. В связи с этим особое значение имеют ранняя диагностика и своевременность терапии самой АГ и ее осложнений уже в детском возрасте. Особую группу риска представляют дети, регулярно занимающиеся спортом. Наряду с традиционными факторами риска развития АГ (наследственность, избыточная масса, нарушение липидного и углеводного обмена) на профиль артериального давления (АД) воздействуют такие факторы, как соревновательный стресс, чрезмерное мышечное напряжение, механические травмы и значительные водно-электролитные нарушения в период интенсивного тренинга.

**Цель исследования.** Определить особенности течения артериальной гипертензии у детей на фоне рекреационных физических нагрузок.

**Пациенты и методы.** Во втором полугодии 2023 г. в БУЗОО «Врачебно-физкультурный диспансер» г. Омска в рамках диспансеризации были выявлены 18 детей с установленной АГ (1 девочка, 17 мальчиков) в возрасте 12–17 лет, со средним спортивным стажем 5 лет в видах спорта с высоким и средним динамическим компонентом (хоккей, футбол, бокс, самбо, чирлидинг, баскетбол, гребля). Тренировочный режим у детей был в пределах 4,5–6 ч в неделю (рекреационные нагрузки). Проведен анализ клинико-анамнестических данных и результатов стандартного обследования: электрокардиографии, эхокардиографии, велоэргометрии, кардиоинтервалографии. Статистическая обработка данных проводилась в программе Excel 2016.

**Результаты.** Анализ жалоб показал, что детей чаще беспокоили эпизоды повышения артериального давления (33% детей) и головные боли (17% детей), у 50% спортсменов жалоб не было, при этом повышение АД выше возрастных норм было зафиксировано случайно врачом спортивной медицины при определении допуска к спорту. По результатам проведенного обследования у детей с АГ была выявлена следующая патология: дисплазия митрального клапана (11,1%), вегетативная дисфункция синусового узла (21,9%), ожирение 1–2-й степени (33,3%), дислипидемия (11,1%), ангиопатия сетчатки (33,3%). При оценке вегетативного тонуса у 41% детей преобладала симпатикотония, у 29% детей — ваготония, и только у 30% обследуемых было отмечено нормальное функционирование вегетативной нервной системы. В целом большая часть детей адекватно справлялись с физическими нагрузками, у 83,3% спортсменов определялась высокая толерантность, лишь у 16,7% она была снижена, также 16,7% детей показали гипертоническую реакцию АД на нагрузку, и у 27,8% детей отмечалось удлинение восстановительного периода. При стандартной эхокардиографии изменения геометрии камер сердца у спортсменов зафиксировано не было. Только при проведении дополнительных расчетов массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекса ММЛЖ и относительной толщины стенки левого желудочка (ОТС ЛЖ) удалось выявить концентрическое ремоделирование миокарда ЛЖ у 22% спортсменов на фоне АГ. При анализе эффективности проводимой терапии было показано, что 45% детей удалось стабилизировать АД с помощью немедикаментозных методов лечения (режим дня, магнитотерапия, вегетостабилизирующая терапия), 33% детей потребовалась монотерапия ингибиторами АПФ, 17% детей получали комбинированную терапию ингибиторами АПФ в сочетании с блокаторами кальциевых каналов, а 5% спортсменов имели резистентную форму АГ, и им потребовалась тройная терапия с добавлением антидиуретических препаратов. В целом эффект от терапии был положительным у большинства детей (67% спортсменов достигли полного контроля над АГ, 22% — частичного контроля), и только у 2 детей не было достижения целевых значений АД даже на комбинированной терапии, в связи с чем им потребовалось отстранение от физических нагрузок.

**Заключение.** Артериальная гипертензия у спортсменов может иметь бессимптомное течение. Чаще у атлетов на высокий профиль давления могут повлиять физические нагрузки с высоким динамическим компонентом, вегетативная дисфункция нервной системы, нарушение обмена веществ по типу дислипидемии и избыточная масса. Стоит отметить, что в этой когорте детей также формируются поражения органов-мишеней (ангиопатия сетчатки, концентрическое ремоделирование миокарда левого желудочка). Несмотря на хорошую переносимость физических нагрузок большинством спортсменов, для стабилизации АД у них и профилактики осложнений все же требуется гипотензивная терапия, а в некоторых случаях АГ может стать препятствием для дальнейших эффективных тренировок.



## ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЗА 5-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Камалова А.А.<sup>1</sup>, Ахмадуллина А.А.<sup>1</sup>, Гарина Г.А.<sup>1</sup>, Низамова Р.А.<sup>2</sup>,  
Квитко Э.М.<sup>2</sup>, Кадырова Ю.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ», Казань,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Дети раннего возраста отличаются большей чувствительностью к воздействию токсических веществ, что связано с незрелостью защитных механизмов. В последние годы отмечается увеличение суицидальных попыток с использованием различных химических веществ у детей более младших возрастов.

**Цель исследования.** Анализ случаев острых отравлений у детей за 2018–2022 гг., обратившихся в приемное отделение ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ».

**Пациенты и методы.** В ходе данного ретроспективного исследования изучены истории болезни 684 детей (пол и возраст пациентов, отравляющие вещества, исход обращения) в возрасте от 0 до 18 лет, поступивших с острым отравлением в приемное отделение стационара третьего уровня — ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (ДРКБ) за 2018–2022 гг.

**Результаты.** Проанализированы данные 352 (51,5%) мальчиков и 332 (48,5%) девочек. Пик отравлений приходился на возраст до 3 лет — 264 (38,6%), дошкольный (4–7) — 95 (13,9%), младший школьный (8–11) — 64 (9,4%), средний школьный (12–15) — 192 (28,1%), старший школьный (16–17) — 69 (10%). 72,4% отравлений являлись непреднамеренными, а в 27,6% случаев — преднамеренными. В домашних условиях были зарегистрированы 543 (79,3%) случая, а вне дома — 141 (20,7%). Из 684 случаев отравлений 131 (19,1%) — легкой степени тяжести, 432 (63,2%) — средней степени тяжести, 121 (17,7%) — тяжелой степени. Наиболее часто встречающимися отравляющими веществами были этанол, угарный газ, витамины, НПВП, химические детергенты. 683 пациента выжили, 1 ребенок, девушка 14 лет с тяжелым отравлением алкоголем, поступившая в состоянии комы, умерла.

**Заключение.** Число отравлений за 2021–2022 гг., по данным ДРКБ МЗ РТ, значительно выросло (384 случая) по сравнению с периодом 2018–2020 гг. (300 случаев). Выявлен рост количества отравлений среди подростков. В структуре причин отравлений лидирующие позиции заняли лекарственные препараты. У большинства пациентов отмечались отравления легкой и средней степени тяжести, чаще непреднамеренные. В связи с созданием новых химических веществ и увеличением разнообразия лекарственных средств возрастает значимость изучения их токсических свойств.





## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ANCA И ASCA ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Камалова А.А., Ханафина М.А., Низамова Р.А., Зайнетдинова М.Ш.

ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ», Казань, Российская Федерация

**Актуальность.** Роль биомаркеров при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) до конца не изучена. Антинейтрофильные антитела (ANCA) и антитела к *S. cerevisiae* (ASCA) рутинно оцениваются в клинической практике, однако их вклад в течение ВЗК не до конца изучен.

**Цель исследования.** Целью нашего исследования было оценить клиническую и диагностическую роль ANCA и ASCA при ВЗК у детей.

**Пациенты и методы.** Был проведен ретроспективный анализ 75 историй болезни детей с ВЗК: 58 — с язвенным колитом (ЯК), 77%; 17 — с болезнью Крона (БК), 23%. Уровни ANCA и ASCA оценивались методом иммуноферментного анализа. Повторно антитела измерялись тем же методом со средним интервалом 10 мес. Клиническая активность оценивалась с помощью шкал PUCAI (Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index) и PCDAI (Pediatric Crohn's Disease Activity Index). Форма заболевания оценивалась согласно результатам эндоскопического исследования.

**Результаты.** Положительные титры ANCA статистически значимо встречались чаще у пациентов с ЯК ( $p = 0,002$ ); ASCA — у пациентов с БК ( $p = 0,012$ ). Показатели индексов PUCAI и PCDAI не различались в зависимости от ANCA- и ASCA статуса как при ЯК, так и БК соответственно ( $p > 0,05$ ). Тотальный колит достоверно чаще встречался у ANCA+ пациентов с ЯК ( $p = 0,025$ ). В то же время аналогичная связь в группе детей с БК не была подтверждена ( $p = 0,624$ ).

При повторном исследовании в 72% (21/29) статус ANCA у пациентов с ЯК остался неизменным, у 14% (4/29) изменился с положительного на отрицательный, у 14% (4/29) — наоборот. Все пациенты (4), сменившие свой серологический статус с положительного на отрицательный, принимали аминосалицилаты *per os*; 2 — принимали глюкокортикостероиды (ГКС) длительно, 1 — коротким курсом.

При БК — в 67% значения ASCA остались неизменными. Среди детей, сменивших статус с ASCA-положительного на отрицательный (50% от общего количества), 66% пациентов получали генно-инженерные биологические препараты (ГИБТ).

**Заключение.** Положительные значения ANCA и ASCA ожидаемо встречались чаще среди пациентов с ЯК и БК соответственно. У сероположительных пациентов с ЯК достоверно чаще встречался тотальный колит. По нашим данным, наличие антител не ассоциировало с более высокой клинической активностью заболевания. На изменение серологического статуса в большей степени влиял прием ГКС и ГИБТ.



## ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Караманешта М.М., Сиротченко Т.А., Иванова О.А., Рачкаускене И.Г.

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** В результате длительного воздействия стрессовых факторов, где военный конфликт является максимально значимым, формируется широкий спектр психоэмоциональных расстройств. Особое значение такие факторы имеют для стрессозависимых заболеваний, к которым относится сахарный диабет 1-го типа (СД 1).

**Цель исследования.** Целью исследования была оценка психоэмоционального статуса подростков с СД 1 в период стационарного лечения в связи с острыми осложнениями основного заболевания.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением в период 2019–2022 гг. находились 112 подростков в возрасте 12–17 лет, получавших стационарное лечение в эндокринологическом отделении Луганской республиканской детской клинической больницы в связи с наличием острых осложнений (кетацидоз, гипогликемия). Все пациенты были опрошены с помощью детского опросника невротозов (ДОН) для оценки состояния психоэмоциональной сферы и определения основных проявлений невротических расстройств (депрессия, астения, нарушения поведения, вегетативные расстройства, нарушения сна и тревожность).

**Результаты.** Подростковый возраст — один из наиболее сложных этапов взросления, характеризующийся выраженной эмоциональной нестабильностью. Тяжелое заболевание, требующее постоянного самоконтроля, регулярного следования алгоритму лечения, вызывает психоэмоциональное напряжение, которое усложняет контроль над уровнем глюкозы. При этом постоянное пребывание (проживание) в зоне затяжного военного конфликта в значительной степени усиливает психоэмоциональное напряжение. Оценка уровня невротизации при использовании ДОН дает возможность не только выявить наличие определенного спектра невротических расстройств, но и оценить степень их выраженности. По нашим данным, для подростков с СД 1 характерен высокий уровень тревожности, астении, вегетативных расстройств. У мальчиков данные результаты были в 1,2–1,5 раза выше, чем у девочек. Показательным оказался уровень нарушений сна, который проявлялся как тревожность перед засыпанием, отсутствие восстановления после сна, ощущение нехватки сна, и у 60,7% девочек был в 2,3 раза выше, чем у мальчиков. Показатели депрессии также имели гендерные различия (в 2,1 раза чаще у девочек). Важно, что у 67,5% подростков независимо от пола были навязчивые страхи, связанные с основным заболеванием, а именно страх смерти.

**Заключение.** Таким образом, у большинства подростков, страдающих СД 1 и перенесших острое осложнение данного заболевания, требующее госпитализации, наблюдалась высокая степень невротизации и тревожности, астении с формированием выраженных вегетативных расстройств и сна. Врач-эндокринолог должен уметь своевременно определять последствия влияния стресса и по возможности его профилактировать для предупреждения психологических и соматических последствий.

## ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Кдырбаева Ф.Р.**

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,  
Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем в педиатрии является нарушение моторики толстой кишки, проявляющееся запором. Этому вопросу необходимо уделять достаточное внимание и учесть, что запор может приводить к снижению качества жизни у детей.

**Цель исследования.** Выявление причин запора у детей грудного и раннего возраста для улучшения качества профилактики и ведения детей с данной патологией.

**Пациенты и методы.** В исследование вошли 50 пациентов (20 — грудного возраста, 30 — раннего возраста) с заболеваниями органов пищеварения, выявленными при патронаже или обращении к семейному врачу с жалобами на запоры. Причины запоров у детей определялись на основании тщательного сбора анамнеза, физикального обследования детей и изучения амбулаторных карт. Оценку клинических проявлений заболевания проводили согласно классификации функциональных нарушений (Римские критерии диагностики IV, 2016).

**Результаты.** Частота запора у детей грудного возраста составила 60%. При анализе причин было установлено, что факторы риска развития запоров у детей грудного возраста очень разнообразны. Наряду с запорами одновременно отмечалось срыгивание у 20% и колики — у 30%. Повышенный риск возникновения запоров имели дети при наличии следующих факторов: у 20% детей грудного возраста и раннего возраста матери имели неблагоприятную беременность (токсикозы, стрессы, особенно в I триместре), медикаментозное вмешательство во время родов, кесарево сечение. Нарушение рационального питания, еда всухомятку кормящей матери отмечались у 18% детей раннего возраста. 50% детей имели ранний переход на искусственное вскармливание и недостаточный питьевой режим. Частую смену одной смеси на другую имели 20% детей. Распространенной ошибкой среди родителей стало использование слабительных средств без рекомендации врача, применение у детей клизм — 15% опрошенных. Длительное нахождение ребенка раннего возраста в подгузниках. К причинам отсутствия условного рефлекса на дефекацию относятся низкая санитарная культура в семье, нарушение режима дефекации в 45% случаев.

**Заключение.** Таким образом, причины ранних факторов риска запоров в детском возрасте многообразны, и в основном это возрастные физиологические особенности. Семейные врачи и патронажные медсестры должны быть осведомлены о нормальных режимах дефекации детей грудного и раннего возраста, уметь дифференцировать варианты нормы и патологии для грамотного обучения и информирования родителей, не допуская необоснованного лечения запора у детей.

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МАРШРУТИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ИЗ ДЕТСКОЙ АМБУЛАТОРНОЙ СЕТИ ВО ВЗРОСЛУЮ

Ким А.В., Самойлова О.С.

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

**Актуальность.** Болезни органов пищеварения в России занимают 4-е место в структуре общей заболеваемости (7,7%) и смертности (5,2%) населения. В настоящее время переход подростков под наблюдение из детской амбулаторной сети во взрослую не регламентирован.

**Цель исследования.** Разработать и внедрить в работу алгоритм усовершенствования процессов передачи подростков с болезнями органов пищеварения, достигших возраста 18 лет, из детской амбулаторной сети в медицинские организации общей сети.

**Пациенты и методы.** В медицинских организациях Санкт-Петербурга, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в 2023 г. проводился эксперимент по оптимизации преемственности в работе детских и взрослых поликлиник. Проанализирована передача 1158 подростков по достижении ими 18 лет под наблюдение из детских поликлиник во взрослые. Распространенность болезней ЖКТ составила 82,0%. В исследовании использовались статистический, аналитический, экспериментальный методы.

**Результаты.** В исследовании были применены методы бережливого производства, позволившие выявить проблемы, принципиально влияющие на объемные величины охвата подростков, в том числе с болезнями системы пищеварения, профилактическими мероприятиями как в детской, так и в поликлинике общей сети. В условиях детской поликлиники отмечен низкий (46,8%) охват 17-летних подростков профилактическими осмотрами, на диспансерном наблюдении находились лишь 63,4% подростков с выявленными ранее болезнями ЖКТ, дефекты оформления медицинской документации отмечены в 74,9% случаев. Как следствие, в поликлинике общей сети имелась информация о поступающих под наблюдение подростках только в 28,6% случаев. Были выявлены отличия в нормативных актах, регулирующих деятельность поликлиник разных сетей. После внедрения разработанного алгоритма передачи подростков из детской поликлиники упорядочен процесс передачи эпикризов на лиц, достигших 18 лет, он проводится в электронной форме, увеличен охват диспансеризацией данной группы с 19 до 82%, охват диспансерным наблюдением пациентов 18 лет с заболеваниями ЖКТ составил 95%.

**Заключение.** Выявленные в ходе исследования проблемы процесса передачи подростков из детской поликлиники в учреждение общей сети как нормативного, так и организационного характера указывают на необходимость совершенствования данного направления работы. Существенным подспорьем в оптимизации такой деятельности могут стать методы бережливого производства, которые позволили увеличить охват основными профилактическими мероприятиями пациентов с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта.

## **АНАЛИЗ И ОЦЕНКА СОГЛАСОВАННОСТИ МНЕНИЙ РОССИЙСКИХ И ИНДИЙСКИХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ОТНОШЕНИИ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВЫБОР ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО**

**Козлова Е.Ю., Акаев Д.И., Матюхина М.И., Мегна Бхардвадж,  
Пересецкая О.В.**

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

**Актуальность.** Характер питания в первые годы жизни ребенка определяет особенности обмена веществ в последующем и является фактором профилактики многих алиментарно-зависимых заболеваний. Для младенцев «золотым стандартом» питания является грудное молоко матери.

**Цель исследования.** Определить факторы, влияющие на выбор вида вскармливания детей первого года жизни, в представлении студентов Смоленского государственного медицинского университета из России и Индии.

**Пациенты и методы.** Было проведено анкетирование среди студентов Смоленского государственного медицинского университета. Выборку составили обучающиеся из России и Индии. Для исследования были проанализированы ответы 153 респондентов (82 — из России, 71 — из Индии). Все они — лица женского пола в возрасте от 18 до 26 лет. Был разработан индивидуальный опросник, содержащий вопросы, отвечающие цели данного исследования.

**Результаты.** Грудное вскармливание признают оптимальным выбором 93,9% опрошенных из России (62,2% допускают кормление донорским молоком, 75,6% отмечают затратность кормления смесями) и 100% из Индии. 70,7% студенток из России и 96,8% из Индии находились на грудном вскармливании, 13,4 и 3,2% соответственно — на искусственном. 90,2% респондентов из России и 83,9% из Индии планируют кормить своих детей грудным молоком. 63,6% девушек, находившихся на искусственном питании, планируют естественное вскармливание своих детей. 27,3% опрошенных студенток из России видят причиной для отказа от грудного вскармливания нежелание терять форму, 25,6% признают медицинские противопоказания для грудного вскармливания. Факторами для отказа также являются нежелание матери кормить грудью в связи с необходимостью выхода на работу или учебу (62,2%), неприятные ощущения при кормлении в первые дни (36,6%), возможные косметические дефекты (42,7%). На выбор вскармливания может повлиять рекомендация акушера-гинеколога — 86,6% опрошенных из России и 87,1% из Индии, реклама молочной смеси — 53,7 и 90,3% соответственно.

**Заключение.** Отмечается согласованность мнений студентов из России и Индии по факторам, влияющим на выбор вскармливания. Однако индийские студенты подчеркивают большую роль рекламы молочных смесей, которая может поставить под сомнение преимущество грудного вскармливания. В связи с этим акушерам-гинекологам необходимо предоставлять полную, достоверную информацию о пользе грудного молока и обучать технике кормления. Также не следует распространять рекламу молочной смеси в учреждениях родовспоможения.

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Козловский А.А.

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

**Актуальность.** Уровень и гармоничность физического развития являются объективным отражением состояния здоровья ребенка. Основными параметрами, характеризующими физическое развитие, являются длина и масса тела, окружность головы и грудной клетки. Проведенное российскими специалистами сравнение антропометрических показателей детей разного возраста с нормативами WHO Growth Reference 2007 выявило значимые различия, что требует дальнейшего изучения вопроса в регионах.

**Цель исследования.** Изучить динамику основных антропометрических показателей детей первого года жизни, проживающих в г. Гомеле (Республика Беларусь), за 10-летний период (2008–2018 гг.).

**Пациенты и методы.** Проведен сравнительный анализ антропометрических параметров детей первого года жизни, рожденных в 2008 г. (I группа) и в 2018 г. (II группа). Количество мальчиков и девочек в I группе составило по 100 человек, во II группе — 75 и 70 человек соответственно. В группы обследованных вошли здоровые доношенные дети белорусской популяции, рожденные от одноплодной беременности.

**Результаты.** Масса тела при рождении у мальчиков в 2008 г. составляла  $3588,99 \pm 41,74$  г, в 2018 г. —  $3510,13 \pm 50,38$  г; у девочек —  $3335,25 \pm 40,87$  г и  $3357,17 \pm 56,99$  г соответственно. Наиболее интенсивные темпы ее прироста отмечались у детей обеих групп в первые 3 мес жизни. У мальчиков II группы с 6-месячного возраста значимо чаще отмечались более низкие показатели массы тела по сравнению с I группой. Прибавка массы тела у детей за первый год жизни в 2018 г. составила  $10303,53 \pm 136,47$  г и была достоверно ниже, чем в 2008 г. —  $10690,3 \pm 129,83$  г. Наиболее интенсивные темпы прироста длины тела наблюдались у детей обеих групп в первые 5 мес жизни. У детей II группы помесечные приросты длины тела ниже, чем в I группе. Достоверно значимых различий длины тела у детей годовалого возраста не получено: в 2008 г. —  $77,45 \pm 0,33$  см, в 2018 г. —  $77,22 \pm 0,33$  см. Самые активные темпы прироста окружности головы отмечались у детей обеих групп в первые 4 мес жизни. В 2018 г. у мальчиков с 5 мес наблюдались статистически значимо более низкие показатели окружности головы по сравнению с 2008 г. Прибавка окружности головы у детей за первый год жизни в 2008 г. составила  $12,02 \pm 0,15$  см, в 2018 г. —  $11,73 \pm 0,19$  см. Наиболее интенсивные темпы прироста окружности грудной клетки наблюдались у детей обеих групп в первые 3 мес жизни. У детей II группы помесечные приросты окружности грудной клетки ниже, чем в I группе. Установлено значимое снижение прибавки окружности грудной клетки у детей за первый год жизни: в 2008 г. —  $14,83 \pm 0,20$  см, в 2018 г. —  $13,43 \pm 0,22$  см.

**Заключение.** Мониторинг основных показателей физического развития детей первого года жизни за 10-летний период позволил выявить высокую интенсивность их приростов в первые месяцы жизни с постепенным снижением во втором полугодии. Сравнительный анализ динамики антропометрических параметров выявил более низкие показатели физического развития у детей II группы. Это диктует необходимость изучения причин, приводящих к процессам децелерации, и служит предпосылкой для разработки современных региональных центильных таблиц для внедрения их в практику медицинских профилактических осмотров.

## НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D

Козловский Д.А.

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

**Актуальность.** В последние годы наблюдается увеличение частоты патологии нервной системы у новорожденных, в связи с этим требуется разработка новых профилактических и лечебных мер для таких пациентов. Перспективным направлением является использование витамина D, оказывающего влияние на весь организм.

**Цель исследования.** Определить уровень витамина D в сыворотке крови новорожденных с диагнозом «неонатальная энцефалопатия», провести динамическую оценку данного показателя и сравнить с результатами у здоровых детей.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя». Методом иммуноферментного анализа определена концентрация 25(OH)D в сыворотке крови у 70 детей. Первую группу составили 40 детей с диагнозом «неонатальная энцефалопатия», вторую группу — 30 здоровых новорожденных. Статистическая обработка и анализ результатов исследования проводились с использованием пакета программ Microsoft Excel (2010) и Statistica 8.0.

**Результаты.** У младенцев 1-й группы выявлены более низкие концентрации 25(OH)D в сыворотке крови. Средний уровень концентрации составил  $19,43 \pm 1,31$  нг/мл, такой показатель расценивается как дефицит витамина D. При этом в 7,5% случаев зафиксирован выраженный дефицит: 47,5 и 37,5% детей имели дефицит и недостаточность витамина D соответственно. Нормальное содержание 25(OH)D в сыворотке крови отмечено у 7,5% новорожденных. У детей 2-й группы средний уровень концентрации 25(OH)D в сыворотке крови был равен  $24,21 \pm 2,01$  нг/мл — недостаточность витамина D. У 20% детей этой группы данный показатель соответствовал норме, а дефицит и недостаточность витамина D наблюдались в 36,67 и 43,33% случаев соответственно.

Повторное (после рекомендованного приема лекарственных форм) определение концентрации 25(OH)D в сыворотке крови пациентов через 3 мес выявило положительную динамику. Средний уровень витамина D в 1-й группе составил  $46,32 \pm 6,17$  нг/мл. При этом по 5% детей имели дефицит и недостаточность витамина D. Неврологический дефицит, проявляющийся в виде задержки психомоторного развития, отмечался лишь у 15% младенцев этой группы. Во 2-й группе уровень концентрации 25(OH)D в сыворотке крови был равен в среднем  $54,99 \pm 4,4$  нг/мл и у всех детей находился в пределах нормы.

**Заключение.** В современных условиях подтверждается широкая распространенность дефицита витамина D у новорожденных. Нарушения в D-витаминном статусе более выражены у детей, имеющих патологию со стороны нервной системы, по сравнению со здоровыми младенцами. Нейропротекторное действие витамина D, осуществляемое параллельно по нескольким различным механизмам, известным в настоящее время, позволяет использовать его в терапии неврологических заболеваний у детей раннего возраста.





## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ IL-33 У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЖИРОВОЙ МАССЫ ТЕЛА

Королева А.Е.<sup>1</sup>, Бекезин В.В.<sup>1</sup>, Мешкова Р.Я.<sup>1</sup>, Демина Е.Г.<sup>2</sup>, Цветная И.Н.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> ОГБУЗ «Детская клиническая больница», Смоленск, Российская Федерация

**Актуальность.** Известно, что ожирение и аллергическая патология сопровождаются гиперпродукцией провоспалительных цитокинов. В связи с этим развитие провоспалительного статуса у пациентов с коморбидной патологией имеет важное значение в патогенезе. Одним из цитокинов с провоспалительной активностью является IL-33, который также значим при воспалении слизистых оболочек органов дыхания.

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ содержания IL-33 у детей младшего школьного возраста (7–10 лет) в зависимости от наличия аллергического ринита (АР) и величины жировой массы тела (по данным биоимпедансометрии).

**Пациенты и методы.** Проведено комплексное обследование 90 детей младшего школьного возраста (7–10 лет), отобранных методом случайной выборки. В зависимости от течения аллергического ринита (АР) обследованные дети были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 44 ребенка с АР и избытком жировой массы тела (по данным биоимпедансометрии, по % ЖМТ), во 2-ю группу — 25 детей с АР и нормальным значением жировой массы тела, в 3-ю группу — 11 детей с избытком жировой массы тела, 10 детей с нормальным значением жировой массы тела составили 4-ю (контрольную) группу. Проведенный объем исследований включал в себя антропометрию, биоимпедансометрию при помощи анализатора ABC-01 Медасс (Россия) и цитокиновый профиль (IL-33, IL-6, IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$ ). Избыток жировой массы тела диагностировали по результатам биоимпедансного анализа — процент жировой массы тела (% ЖМТ, %). Цитокины определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) на полуавтоматическом анализаторе Dupex (США) с использованием реагентов Cloud-Clone Corp (США). Возрастно-половых различий между детьми обследованных групп не регистрировалось.

**Результаты.** Сравнительный анализ медианных значений IL-33 у детей обследуемых групп (2-я, 3-я и 4-я группы) выявил значимые различия. По сравнению с детьми контрольной группы (4-я группа) IL-33 был выше в 1,09 раза у детей 2-й группы ( $p > 0,05$ ) и в 1,49 раза у детей 3-й группы ( $p < 0,05$ ). То есть IL-33 имел тенденцию к повышению у детей с АР и значимо повышался у детей с избыточной жировой массой тела. У детей 1-й группы IL-33 был также повышен в 1,14 и 1,24 раза по сравнению с детьми 2-й и 4-й групп соответственно ( $p < 0,05$ ), однако по сравнению с детьми 3-й группы у детей с АР и избытком жировой массы тела отмечались достоверно ( $p < 0,05$ ) более низкие значения IL-33 (1-я группа: 9,9 [9,5; 10,4] пг/мл; 3-я группа: 11,9 [9,7; 13,4] пг/мл). Дальнейший анализ показал, что у детей 1-й группы IL-33 менее 9,9 пг/мл отмечался в 3,83 раза чаще ( $\chi^2 = 8,924$ ;  $p = 0,003$ ) при интермиттирующем течении по сравнению с персистирующим. Менее выраженное повышение IL-33 у детей 1-й группы было обусловлено компенсаторными (противовоспалительными) возможностями организма у детей с коморбидной патологией на начальном этапе АР (интермиттирующее течение).

**Заключение.** Таким образом, IL-33 является одним из важных иммунологических маркеров аллергического воспаления у детей с коморбидной патологией, определение которого можно использовать с прогностической целью.

## ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДИНАМИКИ РОСТОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ДРУГИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ УЛУЧШЕНИЯ: ДОЛГОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ У ДЕТЕЙ С ДЕФИЦИТОМ КИСЛОЙ СФИНГОМИЕЛИНАЗЫ НА ФЕРМЕНТОЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОЛИПУДАЗОЙ АЛЬФА В ИССЛЕДОВАНИИ ASCEND-PEDS

Краснощекова Н.А.<sup>1</sup>, Диас Дж.А.<sup>2</sup>, Джулиани Р.<sup>3</sup>, Гуффон Н.<sup>4</sup>, Джонс С.А.<sup>5</sup>, Макговерн М.<sup>6</sup>, Менгель О.<sup>7</sup>, Скарпа М.<sup>8</sup>, Уиттерс П.<sup>9</sup>, Ярраманени А.<sup>10</sup>, Армстронг Н.М.<sup>11</sup>, Ортемман-Ренон К.<sup>10</sup>, Ким Й.<sup>12</sup>, Кумар М.<sup>10</sup>

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

<sup>2</sup> Медицинская школа Маунт Синай, Нью-Йорк, США

<sup>3</sup> UFRGS, HCPA, INAGEMP, DASA Каса дос Парос, Порту-Алегри, Бразилия

<sup>4</sup> Центр наследственных метаболических заболеваний, HCL, Лион, Франция

<sup>5</sup> Больница святой Марии, Национальная служба здравоохранения университета Манчестера, Манчестер, Великобритания

<sup>6</sup> Медицинская школа Йель, Нью-Хейвен, США

<sup>7</sup> SphinCS, Институт клинических наук по лизосомным болезням накопления, Хоххайм, Германия

<sup>8</sup> Университетская больница Удине, Удине, Италия

<sup>9</sup> Университетские больницы Лёвен, Лёвен, Бельгия

<sup>10</sup> Санофи, Бриджуотер, Нью-Джерси, США

<sup>11</sup> Санофи, Кембридж, Массачусетс, США

<sup>12</sup> Санофи, Париж, Франция

**Актуальность.** Дефицит кислой сфингомиелиназы (ДКСМ) — мультисистемная, прогрессирующая, инвалидизирующая лизосомная болезнь накопления. Олипудаза альфа, рекомбинантная кислая сфингомиелиназа человека для внутривенного введения, — первая патогенетическая терапия ДКСМ.

**Цель исследования.** Описать долгосрочные результаты роста и других исходов в ASCEND-Peds (Санофи: NCT02292654, NCT02004704) — открытом международном исследовании олипудазы альфа у 20 детей с хроническими формами ДКСМ.

**Пациенты и методы.** У пациентов в ASCEND-Peds, у всех из которых изначально были спленомегалия и задержка роста, было показано значительное клиническое улучшение в течение первого года лечения. Мы представляем данные о z-оценке роста, костном возрасте, объеме печени и селезенки, функции легких, параметрах печени и липидов, а также биомаркерах в плазме у пациентов после по меньшей мере 2 лет лечения.

**Результаты.** Начальный возраст был 1,5–17,5 года; средняя z-оценка роста —  $2,1 \pm 0,8$  (диапазон: от  $-3,8$  до  $-1,0$ ). Время лечения на момент блокировки данных: 2,5–5,7 года. z-оценка роста улучшилась у всех пациентов (среднее увеличение МНК  $\pm$  СО за 2 года:  $1,17 \pm 0,12$ ,  $p < 0,0001$ ). Исходно у 10/20 пациентов z-оценка была  $\leq -2$  в сравнении с 1/20 на момент блокировки данных. 2/3 подростков, которым исполнилось 19 лет до блокировки данных, выросли еще на 5 и 9 см после этого возраста. У всех пациентов уменьшилась разница между реальным и костным возрастом по рентгену кисти (среднее  $\pm$  СО исходно:  $-24,4 \pm 18,4$  мес в сравнении с  $17,0 \pm 16,0$  мес через 2 года; среднее изменение МНК  $\pm$  СО =  $8,6 \pm 2,8$ ,  $p = 0,0065$ ). Объем печени и селезенки уменьшился у всех пациентов; также улучшились функция и изображение легких, липидный профиль, функциональные тесты печени, биомаркеры заболевания в плазме. > 99% НР было легкими или умеренными. Ни одна из серьезных НР, связанных с лечением (7 НР у 4 пациентов), не привела к прекращению лечения. Один младенец достиг поддерживающей дозы после успешной десентизации после анафилактической реакции.

**Заключение.** Все 20 детей, получавших олипудазу альфа в исследовании ASCEND-Peds, показали восстановление темпов роста и зрелость костной ткани, а также улучшение со стороны органомегалии, функции легких и другие клинические исходы. В сравнении проспективное 11-летнее исследование естественного течения ДКСМ показало минимальный догоняющий рост у пациентов с ДКСМ без лечения. Олипудаза альфа недавно была одобрена в более чем 35 странах в качестве лечения проявлений ДКСМ, не относящихся к ЦНС.

## ПАТОЛОГИЯ СТОП У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Крестьяшин В.М., Зимина О.Ю., Крестьяшин И.В.**

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

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

**Актуальность.** Диагностика патологии стопы не представляет сложностей, но лечение зачастую бывает длительным и малоэффективным (вертикальный таран). Многообразие и тяжесть патологии определяется положением заднего и среднего отделов стопы и сопутствующей генетической патологией. Деформации бывают мобильными (пяточная стопа, приведение переднего отдела стоп) и ригидными (эквино-варусными и эквино-вальгусными). Первые требуют меньшего внимания и иногда проходят самостоятельно.

**Цель исследования.** Продемонстрировать многообразие патологии стоп и уникальность методов I. Ponseti и M. Dobbs в лечении тяжелых пороков.

**Пациенты и методы.** С 2009 по 2024 г. на базе ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» были пролечены 2370 детей в возрасте от 5 дней жизни до 1 года с различными проявлениями врожденной патологии стоп. Подавляющее большинство пороков представлено косолапостью (85%), которая на сегодняшний день излечивается при четком соблюдении врачебного протокола и режима долечивания родителями.

**Результаты.** Большая часть детей поступала первично, но был контингент пациентов из других клиник, где не использовалась современная концепция лечения или метод I. Ponseti применялся в модификации. Больные, пролеченные без нарушения техники, в 93% демонстрировали отличный результат, стопы имели мобильность и силу опоры, в отличие от стоп, пролеченных с помощью традиционных хирургических методик. При несоблюдении классического метода I. Ponseti дети поступали повторно с рецидивом в более старшем возрасте.

Методы I. Ponseti — ведущая техника лечения детей с врожденной косолапостью — и M. Dobbs — методика для детей с тяжелой врожденной эквино-вальгусной стопой, которая часто является проявлением миелодисплазии или артрогрипоза — разработаны американскими ортопедами. Техники лечения этапные. В большинстве случаев при всех деформациях проводятся ахиллотомия и фиксация в брейсах как этап профилактики рецидива. Задача педиатров заключается в постоянном динамическом контроле ношения брейсов до 5 лет. Пренебрежение каждым этапом лечения приводит к рецидиву.

**Заключение.** Эффективное взаимодействие ортопедов и педиатров позволило начать своевременное лечение пациентов с использованием уникальных методов I. Ponseti и M. Dobbs — 93% детей получили стойкое правильное взаимоотношение в голеностопных суставах.

## КАК ИЗМЕНИЛАСЬ СТРУКТУРА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОСТПАНДЕМИЙНЫЙ ПЕРИОД НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кузнецова М.А., Филина Н.Ю., Латфуллина Э.Т., Москалева Д.Д.,  
Аурбиева К.С., Хохлова А.В.

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

**Актуальность.** События последних лет, связанные с пандемией SARS-CoV-2, изменили уровень заболеваемости, структуру и этиологию острых инфекций органов дыхания у детей, о чем свидетельствуют ежемесячные аналитические отчеты городских лечебных учреждений.

**Цель исследования.** Изучить структуру и особенности острых заболеваний органов дыхания у детей, госпитализированных в инфекционное отделение ГУЗ «Энгельсская детская клиническая больница» с августа по ноябрь 2023 г.

**Пациенты и методы.** Дети в возрасте от 3 мес до 17 лет, поступившие в стационар по линии скорой медицинской помощи и по направлению участковых врачей-педиатров. Обследование и лечение проводилось согласно действующим клиническим рекомендациям Минздрава России по конкретным нозологиям. Из специальных методов обследования использовали ультразвуковое исследование легких и компьютерную томографию бронхолегочной системы.

**Результаты.** Госпитализированы 1120 детей, что в 1,7 раза больше, чем за аналогичные месяцы 2022 г. В текущем году отмечено увеличение количества детей, с тяжелым течением инфекций (48%), а именно мононуклеоза (8,4%), вызванного вирусом Эпштейна – Барр (88,6%), цитомегаловирусом (6,5%) и гаммагерпесвирусом; тонзиллитов (9,2%), осложненных паратонзиллярным абсцессом (2%). В 2022 г. подобных больных в сравниваемом временном интервале не регистрировалось. Количество больных с коклюшем и паракоклюшем увеличилось в 2 раза, при этом соотношение вакцинированных и невакцинированных больных достоверно не отличалось. Отдельного внимания заслуживают больные с внебольничной пневмонией, количество которых увеличилось в 3 раза по сравнению с прошлым годом, они составили 20% от числа госпитализированных. Все дети были подросткового возраста, с нетипичным течением пневмонического процесса: выраженная интоксикация, скудные физикальные данные, неомогенные инфильтраты в пределах 1–3-го сегментов, хороший эффект на антибиотики с антисинегнойной активностью. У 4% больных удалось выделить *Pseudomonas aeruginosa*.

**Заключение.** Пандемия новой коронавирусной инфекции, противопандемические мероприятия в течение нескольких лет привели к снижению популяционного иммунитета ко многим, даже управляемым, инфекциям. Об этом свидетельствует высокая распространенность коклюша. Очевидно, изменилась этиология внебольничной пневмонии, что подтверждается несоответствием скудных клинических проявлений интоксикации, размером инфильтрации на рентгенограммах легких и отсутствием типичных для пневмококковой пневмонии гематологических изменений.

## РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Кулакова Г.А., Соловьева Н.А., Курмаева Е.А.

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

**Актуальность.** Пневмония — острое инфекционное заболевание легочной ткани, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и характерным физикальным данным, инфильтративным изменениям на рентгенограмме. Рентгенография должна быть обоснованна и проводиться строго по показаниям.

**Цель исследования.** Изучить обоснованность рентгенологического обследования детей при подозрении пневмонии участковыми врачами-педиатрами.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ результатов рентгенологического исследования органов грудной клетки у 100 детей в возрасте от 1 года до 18 лет с целью исключения внебольничной пневмонии. Изучены амбулаторные карты пациентов для оценки обоснованности направлений на лучевую диагностику участковым врачом-педиатром.

**Результаты.** На момент проведения рентгенографии органов грудной клетки возраст пациентов составлял: 28 дней — 1 год (3,5%), 1–3 года (8,5%), 3–7 лет (19,1%), 7–12 лет (33,2%), 12–18 лет (35,7%). При этом инфильтративные изменения выявлены только в 8% случаев. Рентгенография проведена на 1–3-й день болезни каждому пятому ребенку, на 4–7-й день болезни — каждому второму ребенку, остальным — на 8–14-й день. При анализе амбулаторных карт выявлено, что на момент направления на лучевую диагностику у 53% детей температура была фебрильной, а у 28% — субфебрильной, при этом у 19% детей отмечалась нормальная температура. Жалобы на кашель выявлены в 23,3% случаев. Аускультативно у 68% пациентов определялось жесткое дыхание, у 50% обследованных — сухие и влажные крупнопузырчатые хрипы. Общий анализ крови был проведен в 69% случаев, воспалительная реакция выявлена у 18% детей. Отсутствовали данные о проведении пульсоксиметрии у 82% больных, при этом снижения уровня сатурации кислорода у обследованных не наблюдалось.

**Заключение.** Обращает на себя внимание проведение рентгенографии органов грудной клетки при наличии жалоб на кашель и при наличии аускультативных изменений, характерных для бронхита. Часто основанием для направления на обследование служит температурная реакция в первые дни заболевания. Полученные данные свидетельствуют о необоснованной рентгенографии органов грудной клетки, которая должна назначаться строго по показаниям. Только тщательно оценив соотношение вреда и пользы, врач-педиатр может назначить рентгенографию, для предотвращения необоснованного радиационного воздействия.



## СЕМНАДЦАТИЛЕТНИЙ ПОДРОСТОК В НЕФРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА: АНАЛИЗ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ И НАПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Кулакова Е.Н., Настаушева Т.Л., Звягина Т.Г.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж,  
Российская Федерация  
БУЗ ВО «ВОДКБ № 1», Воронеж, Российская Федерация

**Актуальность.** Клинические и социальные проблемы подростков в период перехода под наблюдение врачей, оказывающих медицинскую помощь взрослым, остаются недостаточно изученными. Однако решение этих проблем, в том числе в контексте нефрологической службы, может улучшить клинические результаты.

**Цель исследования.** Обосновать и определить основные направления региональной программы подготовки подростков с болезнями почек к переходу в терапевтическую и/или нефрологическую службу для взрослых.

**Пациенты и методы.** Анализ 10-летней стационарной базы и формирование реестра 17-летних пациентов нефрологического отделения за 2013–2022 гг., определение нозологической структуры заболеваний и демографических особенностей 17-летних пациентов, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формулам: CKiDbed, CKD-EPI, EKFC, CKiD U25, выявление факторов сердечно-сосудистого риска (включая скорость пульсовой волны прибором VPLab Angio), перевод, адаптация и валидация опросников по оценке готовности подростков к переходу.

**Результаты.** Созданный реестр содержит информацию о 893 семнадцатилетних пациентах. Среди всех ранее госпитализированных в нефрологическое отделение детей и подростков, которые уже перешли во взрослую сеть, только 26,9% поступали в стационар в возрасте 17 лет. Установлена следующая структура заболеваний органов мочевой системы у подростков этого возраста: хроническая болезнь почек (ХБП) — 36,6%, острая болезнь почек (ОБП) — 14,9%, ОБП на фоне ХБП — 8,5%, острое повреждение почек (ОПП) — 0,4%, ОПП на фоне ХБП — 1,3%, нет болезней почек — 38,2%. На этапе завершения наблюдения в детской нефрологической службе мальчики чаще госпитализировались по поводу гломерулярных болезней и врожденных аномалий мочевой системы, а девочки — по поводу пиелонефрита и мочекаменной болезни. При переходе расчета СКФ с формулы CKiDbed на формулу CKD-EPI у 55,8% подростков изменялись категория СКФ и стадия ХБП. Для решения этой проблемы использованы новые формулы: EKFC и CKiD U25. В связи с отсутствием единого подхода к определению критериев АГ и целевого уровня АД у подростков и молодых взрослых с ХБП выявлена необходимость ранней оценки сердечно-сосудистого риска. Переведены и валидированы опросники UNC TRxANSITION Index и STARx. Их русскоязычные версии находятся в свободном доступе.

**Заключение.** В результате проведенного комплекса исследований получены первичные данные для разработки региональной программы подготовки подростков, которая будет включать следующие основные направления: ведение реестра, мониторинг СКФ с использованием нескольких формул, выявление и коррекция факторов сердечно-сосудистого риска, оценка готовности с использованием опросников, разработка обучающих программ для подростков, подготовка эпикризов и паспортов пациентов, изучение катамнеза после перехода подростка в систему здравоохранения для взрослых.



## СПЕКТР СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Лейкина В.В.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Знание спектра аллергенов, вызывающих сенсibilизацию у детей с бронхиальной астмой (БА), является важным для проведения целенаправленной элиминации причинно-значимых аллергенов на фоне базисной терапии заболевания.

**Цель исследования.** Изучить особенности спектра сенсibilизации у детей с БА в дошкольном возрасте.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находились 34 ребенка в возрасте от 3 до 5 лет с легким персистирующим течением БА (2-я ступень). Диагноз БА у большинства детей (79,4%) был выставлен на 3-м году жизни. Для решения цели работы было проведено аллергологическое обследование детей: сбор аллергологического анамнеза, определение в сыворотке крови уровня общего IgE и уровней специфических IgE (sIgE). Обследование детей проводили в период стойкой ремиссии БА.

**Результаты.** Аллергологическое обследование позволило выявить у всех детей с БА уровни общего IgE, превышающие возрастную норму. В среднем уровень общего IgE составил  $177,01 \pm 8,06$  МЕ/мл. В результате обследования на наличие в сыворотке крови sIgE у 100% детей с БА выявлена сенсibilизация к различным видам аллергенов. У большинства детей (88,24%) — сенсibilизация к бытовым аллергенам: домашней пыли (ДП) — у 88,24%, к аллергенам клещей рода *Dermatophagoides* (Кл) — у 67,6%, библиотечной пыли (БП) — у 5,88%. Сенсibilизацию к пищевым аллергенам (ПА) выявили у 52,94% детей. Значительно реже у пациентов выявляли наличие sIgE к эпидермальным аллергенам (ЭА) животных и птиц (14,71%), пыльцевым (11,76%), грибковым (8,82%) и аллергенам тараканов (8,82%). Необходимо отметить, что у 100% детей sIgE в сыворотке крови определялись сразу к нескольким группам аллергенов. Наиболее часто у детей с БА (64,7% случаев) выявляли сенсibilизацию одновременно к 3 аллергенам в различных сочетаниях: ДП + ПА + Кл, ДП + ПА + ЭА, ДП + Кл + БП.

**Заключение.** У детей дошкольного возраста с легким персистирующим течением БА преобладает сенсibilизация к бытовым аллергенам домашней пыли и клещей рода *Dermatophagoides*. Кроме того, у детей с БА в дошкольном возрасте имеет место формирование поливалентной сенсibilизации. Знание спектра сенсibilизации у детей с БА позволяет проводить на фоне базисной терапии оптимальные элиминационные мероприятия.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ВЛИЯЮЩЕЙ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ, СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

**Лисеенко О.Г., Рукавицын В.Р.**

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

**Актуальность.** Исход оперативного лечения во многом определяется сопутствующими заболеваниями и состояниями (нарушение ритма и проводимости), в связи с чем важно изучить их частоту среди пациентов детских хирургических стационаров.

**Цель исследования.** Сравнить распространенность электрокардиографической патологии, влияющей на исход оперативного лечения, среди исследуемых групп пациентов детского хирургического стационара.

**Пациенты и методы.** Были проанализированы 322 электрокардиограммы, записанные у пациентов ОДКБ в 2022 г. Дети были разбиты на группы в зависимости от возраста и отделения стационара. Анализировались возраст и ЭКГ-заключение каждого больного. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета программного обеспечения Statistica 10. Для сравнения распространенности аритмий в независимых группах использовался критерий  $\chi^2$  (уровень значимости  $p < 0,05$ ).

**Результаты.** Были проанализированы ЭКГ пациентов в возрасте до 3 мес, от 3 мес до 2 лет, от 3 до 6 лет, от 7 до 12 лет и от 13 до 18 лет (68, 19, 35, 104 и 97 ЭКГ соответственно). Обследованы 234 пациента хирургического отделения, 27 — реанимационно-анестезиологического и 61 ребенок из отделения патологии новорожденных. Полная блокада правой ножки пучка Гиса обнаружена у 1,03% больных в возрасте 13–18 лет, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса — у 0,98% детей в возрасте 7–12 лет и 2,06% детей 13–18 лет. Бругадоподобные изменения на ЭКГ найдены у 0,98% детей в возрасте 7–12 лет и 1,03% пациентов в возрасте 13–18 лет, диффузная субэндокардиальная ишемия — у 1,03% больных в возрасте 13–18 лет. Синдром Клерка – Леви – Кристеско обнаружен у 1,96% обследованных детей в возрасте 7–12 лет. У 1,37% больных до 3 мес была обнаружена гипертрофия правого желудочка. Статистически значимых различий между распространенностью указанных аритмий в различных возрастных группах и среди пациентов различных отделений не обнаружено (это обусловлено их низкой частотой в общей популяции).

**Заключение.** Нарушение ритма и проводимости, влияющие на прогноз, спорадически встречаются как в различных возрастных группах, так и среди пациентов различных отделений; распространенность данных нарушений сердечной деятельности в исследуемом контингенте невысока. Среди обследованных детей наиболее распространены полная блокада правой ножки пучка Гиса и блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.

## ДИСФАГИЯ В СТРУКТУРЕ СИНДРОМА ПОСЛЕДСТВИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Лисица И.А., Смирнова К.И., Павлова Т.Ю., Завьялова А.Н.,  
Александрович Ю.С., Лисовский О.В.

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

**Актуальность.** Нарушения глотания являются частыми осложнениями у пациентов, перенесших госпитализацию в отделение реанимации и интенсивной терапии. Отсутствие общепринятых критериев дисфагии, низкая настороженность и развитие нарушений глотания могут привести к нутритивной недостаточности.

**Цель исследования.** Изучение ведущих причин развития дисфагии тяжелой степени в структуре синдрома последствий интенсивной терапии у детей.

**Пациенты и методы.** Обследованы более 1500 детей старше 28 дней с установленным диагнозом «дисфагия», госпитализированных в стационар третьего уровня в 2016–2023 гг. Выявлено 173 случая тяжелой дисфагии с развитием белково-энергетической недостаточности, исключены случаи органической патологии головного мозга, включая детский церебральный паралич ( $n = 78$ ) и генетические заболевания ( $n = 37$ ). Для статистического анализа использована программа SPSS Statistics 26. При уровне  $p < 0,05$  результаты оценены статистически значимыми. Диагноз дисфагии установлен на основании анамнеза (отсутствие нарушений глотания до заболевания) и клинической картины заболевания. Степень тяжести дисфагии оценивалась в соответствии с клиническими рекомендациями по разработанному протоколу. Проанализированы результаты 58 пациентов.

**Результаты.** У большинства детей, включенных в группу, отмечена орофарингеальная дисфагия ( $n = 33$ , 56,9%), пищеводная — в 21 случае (36,2%), смешанная — в 4 случаях (8,33%) у пациентов с комбинированным поражением (посттравматическая пищеводная дисфагия на фоне послеожоговых стриктур пищевода и орофарингеальная дисфагия на фоне постинтубационного стеноза). Причинами развития дисфагии являлись травматические осложнения с повреждением мышц гортани и пищевода ( $n = 23$ , 39,66%), осложнения наличия трахеостомы ( $n = 16$ , 27,59%), постинтубационные стенозы ( $n = 12$ , 20,69%), полинейропатия критических состояний ( $n = 3$ , 5,17%), наличие первичного неврологического заболевания (ОНМК ( $n = 1$ , 1,72%), тяжелая черепно-мозговая травма ( $n = 3$ , 5,17%)). Развитие дисфагии в группе не зависит от пола и возраста ( $p < 0,05$ ). У детей с изначально низким индексом массы тела чаще формируется дисфагия тяжелой степени с прогрессированием белково-энергетической недостаточности ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Дисфагия чаще является структурным компонентом первично неврологического заболевания (ДЦП, генетические заболевания), однако формирование дисфагии у детей с синдромом последствий интенсивной терапии может привести к развитию белково-энергетической недостаточности, что влияет на прогноз заболевания. Настороженность лечащих врачей, своевременное выявление дисфагии и ее коррекция (перевод на зондовое питание, хирургическое пособие) позволяют избежать развития тяжелой степени нутритивного дефицита и влиять на реабилитационный потенциал.

## ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Лисовский О.В., Колосюк В.А., Лисица И.А., Струков Е.Л., Кузнецова Ю.В., Близнякова Д.С.

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

**Актуальность.** Современный образ жизни подрастающего поколения в сочетании с высоким уровнем академической нагрузки у студентов часто приводит к снижению двигательной активности и отклонениям в физическом развитии.

**Цель исследования.** Провести анализ показателей физического развития и уровня физической активности у студентов мужского пола, обучающихся на первом курсе ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России.

**Пациенты и методы.** Проведен анонимный опрос студентов по анкете на основе интернет-платформы «Google Формы», включающей пункты о весе, росте и уровне физической нагрузки. Опрошено 86 студентов лечебного факультета университета, средний возраст —  $17,9 \pm 0,7$  года. Оценка пищевого статуса дана по показателям массо-ростового индекса (ВМІ). Характеристика уровня двигательной активности оценивалась по опросникам IPAQ, ОДА23+ и опроснику, отражающему уровень оценки физической активности в зависимости от мотивации к изменениям образа жизни.

**Результаты.** Оптимальное соотношение массы тела и роста было у  $60,3 \pm 5,9\%$  студентов; дефицит массы тела — у  $6,2 \pm 2,9\%$  респондентов. Избыточная масса тела выявлена у  $26,2 \pm 5,3\%$  студентов; ожирением страдали  $7,3 \pm 3,2\%$  юношей. Опрос обучающихся об уровне физической активности в зависимости от мотивации выявил, что 76,8% юношей делали попытки увеличить физические нагрузки. Интенсивную или умеренную физическую нагрузку 3 раза в неделю и чаще имели 12,3% респондентов. Однако 10,9% юношей не занимались спортом и не планировали в ближайшее время увеличивать физическую активность. По международному опроснику IPAQ о гиподинамии определена сумма баллов  $\leq 21$  при тестировании. Мы учитывали уровень физической нагрузки в течение 7 дней и время, затраченное на физическую активность умеренной и высокой интенсивности, по 5 разделам: работа, передвижение, работа по дому, на досуге и сидя. У 59,6% респондентов были нормальные показатели физической активности; у 11,9% — пограничные; а у 28,5% свидетельствовали о гиподинамии. Результаты тестирования по ОДА23+ показали, что у 62,9% студентов интенсивность физической активности была умеренного уровня. Высокий уровень физической активности выявлен у 5,4% студентов; очень высокий — у 0,9%; низкий уровень — у 30,8% респондентов.

**Заключение.** В группе обследованных студентов-первокурсников медицинского университета выявлена высокая частота отклонений в физическом развитии, преимущественно за счет избыточной массы тела. Изучение показателей, характеризующих физическую активность, свидетельствует о низком уровне двигательной и других видов физической нагрузки обучающихся. Результаты исследования необходимо учитывать при диспансеризации студентов, включающей коррекцию питания, увеличение физической активности и профилактику заболеваний, обусловленных нерациональным питанием.

## РИСК ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНО-ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ТЕМПЕРАМЕНТА

Малолетникова И.М.<sup>1</sup>, Лозовик С.К.<sup>1</sup>, Шачинова В.Л.<sup>2</sup>,  
Малолетникова Х.М.<sup>3</sup>, Винник А.В.<sup>4</sup>, Бильская Н.Л.<sup>4</sup>,  
Климова Н.В.<sup>4</sup>, Волчкова А.В.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь

<sup>2</sup> УЗ «Бобруйская центральная больница», филиал «Бобруйский наркологический диспансер», Бобруйск, Беларусь

<sup>3</sup> ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3», Гомель, Беларусь

<sup>4</sup> Гомельская областная детская клиническая больница, Гомель, Беларусь

**Актуальность.** Современный ребенок живет в мире, сложном по своему содержанию и тенденциям социализации. Личность ребенка формируется не сама по себе, а в окружающей его среде. Сегодня дети знакомятся с миром компьютерных игр, в том числе и с приложениями на телефоне, довольно рано.

**Цель исследования.** Оценить риск формирования компьютерно-игровой зависимости у детей с различными типами темперамента.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование 83 детей в возрасте 11,2 (10,3; 15,2) года, которые находились в Гомельской областной детской клинической больнице в педиатрическом отделении № 2 (кардиоревматологический профиль), № 4 (гастроэнтерологический профиль) и травматолого-ортопедическом отделении. Для анкетирования использовали личностный опросник Г. Айзенка (методика направлена на определение темперамента) и тест для определения степени зависимости от компьютерных игр.

**Результаты.** По результатам теста на определение зависимости от компьютерных игр все дети были разделены на 3 группы: 1-я группа ( $n = 36$ ) — зависимость от компьютерных игр не выявлена; 2-я группа ( $n = 30$ ) — средняя степень зависимости от компьютерных игр; 3-я группа ( $n = 17$ ) — высокая зависимость от компьютерных игр. Возрастная структура в группах: 1-я группа — 12,2 (10,8; 13,2) года; 2-я группа — 12,5 (10,6; 14,2); 3-я группа — 13,4 (12,3; 15,5). В группе с высокой степенью зависимости от компьютерных игр дети старше по возрасту ( $p = 0,0015$ ), чем в 1-й и 2-й группах. В педиатрических отделениях № 2 и № 4 пациенты с высокой и средней степенью зависимости от компьютерных игр встречались в 2,3 раза чаще ( $OR = 2,3453$ ;  $p = 0,035$ ), чем в травматолого-ортопедическом отделении. Согласно опроснику Г. Айзенка, в 1-й группе количество экстравертов составило 77,8% (28/36), интровертов — 22,2% (8/36); во 2-й группе: экстравертов — 63,3% (19/30), интровертов — 36,7% (11/30); в 3-й группе: экстравертов — 17,6% (3/17), интровертов — 82,4% (14/17). При этом экстраверты в 1-й группе встречаются в 3,9 раза чаще, чем в 3-й ( $OR = 3,93333$ ;  $p = 0,0024$ ); интроверты в 3-й группе встречаются в 4,8 раза чаще, чем в 1-й ( $OR = 4,8$ ;  $p = 0,00037$ ). В травматолого-ортопедическом отделении экстраверты встречались в 1,8 раза чаще ( $OR = 1,8543$ ;  $p = 0,022$ ), чем в педиатрических отделениях № 2 и № 4.

**Заключение.** В группе детей, у которых не было выявлено компьютерно-игровой активности, в 3,9 раза чаще встречались экстраверты ( $p = 0,0024$ ); у детей с высокой степенью активностью в отношении компьютерных игр преобладающее большинство интроверты — в 4,8 раза ( $p = 0,00037$ ). Медиана возраста составила 11,2 (10,3; 15,2) года. Это активный период полового созревания, интенсивность которого характеризуется понятием «гормональная буря». Физические, физиологические, психологические изменения, появление сексуального влечения делают этот период исключительно сложным для самого ребенка, что требует повышенного внимания со стороны родителей, педагогов, медицинских работников.



## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ С 1 АВГУСТА ПО 10 НОЯБРЯ 2023 Г.

Малых А.Л., Малых Д.А., Ибрагимов Б.А., Беденко О.О.

ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска», Ульяновск, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Ульяновск,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Вспышка пневмонии, возникшая в 2019–2020 гг. в городе Ухань (Китай) привела к распространению вирусной инфекции по всему миру, которая была идентифицирована как COVID-19 и охватила все возрастные группы населения, включая детей и подростков. По данным А.В. Горелова (2022), число переболевших пациентов в детской популяции составило 19,1%, а по нашим данным, в Ульяновской области — 15,6%. При этом за это время число пациентов с тяжелой формой инфекции и развитием мультифокального синдрома не превысило 1%. За последнее время стали выявляться значительные мутации вируса, которые серьезно изменили клинико-лабораторную картину COVID-19.

**Цель исследования.** Анализ особенностей клинической и лабораторной картины COVID-19 у детей и подростков, перенесших заболевание в период с 01.08.2023 по 15.11.2023, для оценки состояния их здоровья на амбулаторном этапе лечения в Заволжском районе города Ульяновска.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находились 23 пациента в возрасте от 6 до 17 лет, посещавших образовательные учреждения. У всех пациентов имелось согласие на обработку персональных данных. Верификация диагноза COVID-19 проводилась на основании определения специфических фрагментов РНК SARS-CoV-2 в назофарингеальных материалах мазков из ротоглотки. Взятие материала осуществлялось до лечения в день обращения. Всем пациентам проводились клинический и биохимический анализы крови. После лечения 21 (91,3%) ребенку проводили ЭКГ, 8 (34,7%) — ЭхоКГ. Изучен анамнез детей, проведена комплексная оценка здоровья обследованных. Для статистической обработки использовался тест Стьюдента.

**Результаты.** Анализ полученных результатов показал, что средний возраст детей составил  $10,3 \pm 0,73$  года [медиана — 14,3 (9,2 ± 2,9)]. Среди всех обследованных было 13 (56,5%) мальчиков и 10 (43,5%) девочек. Возраст пациентов не имел статистически значимых различий от пола ( $p = 0,783$ ). Изучение анамнеза жизни показало, что только 3 (13%) ребенка, перенесших COVID-19, имели различные морфофункциональные изменения нервной системы и II группу здоровья до 3 лет. До момента заболевания 17 (73,9%) пациентов не находились на диспансерном учете.

При оценке индекса массы тела (ИМТ) выявлено, что лишь двое (8,7%) детей имели избыточную массу. В структуре первичной заболеваемости у 5 (21,7%) был обнаружен синдром вегетативной дисфункции, которая у 4 (17,4%) протекала по симпатико-тоническому типу и у 1 — по парасимпатическому типу. У этих пациентов был выявлен ряд электрофизиологических нарушений в миокарде, которые у 2 (8,7%) проявлялись неполной блокадой правой ножки пучка Гиса и у 3 (12,9%) — гребешковым синдромом и уменьшением интервала QP. При этом дети не предъявляли никаких жалоб, а родители не отмечали даже разового повышения артериального давления. Клиническая картина COVID-19, выявленная летом–осенью 2023 г. имела ряд существенных изменений, в отличие от ранее выявленных форм инфекции. Повышенная температура была отмечена у 6 (26%) пациентов и только у 1 (4,3%) — выше 38,5 градусов. Главным клиническим симптомом COVID-19 в нашем исследовании являлась головная боль: выявлена у 16 (69,5%) пациентов, сочеталась с повышением температуры. Вторым патогномичным симптомом была заложенность носа в сочетании с умеренным выделением слизи — у 12 (52,2%) пациентов. Характерный для начала пандемии симптом одышки не был выявлен ни у одного пациента. В клиническом анализе крови у 4 (17,4%) — умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево. В биохимических показателях крови отклонений установлено не было, за исключением показателя общего белка —  $67,5 \pm 7,3$ , а до лечения —  $74,2 \pm 6,8$  ( $p < 0,02$ ). У всех пациентов показатель СРБ оказался в норме.

**Заключение.** Проведенное исследование показало, что за период наблюдения клиническая и лабораторная картина COVID-19 претерпела существенные изменения. В структуре степени тяжести заболевания латентное течение было выявлено у 3 (12,9%), легкая форма — у 19 (82,6%) и среднетяжелая — только у 1 (4,3%). Абсолютное большинство — 16 детей (69,5%) — не были привиты от гриппа. В клинической картине COVID-19 преобладали жалобы на головную боль, умеренно выраженную слабость (12 — 52,2%). Повышение температуры выше 38,5 градусов было нехарактерно в исследуемой группе. Результаты ЭКГ и ЭхоКГ у 16 (67,5%) детей показали нормальное состояние электрической активности сердца. Перенесенное заболевание при первичном катанезе до 3 мес не показало существенных морфофункциональных изменений в организме.



## СОСТОЯНИЕ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С МИКСОМАТОЗНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ НА ФОНЕ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ

Мамедов С.Б., Мамедова Ф.М., Гидаятова Л.А., Саламзаде Г.З.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика*

**Актуальность.** Миксоматозная дегенерация (МД) створок и хорд сердца проявляется утратой нормальной архитектоники коллагеновых фибрилл с их замещением кислыми гликозаминогликанами. МД в сочетании с другими патологиями может существенно воздействовать на состояние гемодинамики.

**Цель исследования.** Изучение особенностей кардиогемодинамики у детей с МД на фоне гипермобильности суставов (ГМС).

**Пациенты и методы.** Обследован 31 ребенок 12–15 лет с ГМС. По результатам эхокардиографии у 11 детей выявили МД. Проведен сравнительный анализ конечного диастолического размера и объема (КДР, КДО) левого желудочка (ЛЖ), конечного систолического размера и объема ЛЖ (КСР, КСО), фракции выброса (ФВ), скорости циркулярного укорочения волокон миокарда (Vcf), фракции укорочения (% $\Delta$ S), минутного объема кровообращения (МО), толщины задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП), массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ).

**Результаты.** Анализируя эхокардиографические показатели между группами с наличием и отсутствием МД, мы обнаружили признаки систолической дисфункции ЛЖ. Так, в сравнении с детьми с ГМС без МД у обследованных с сочетанием ГМС и МД имели место достоверно более высокое значение КСР (на 18,1% ( $p < 0,001$ )) и КСО (на 43,5% ( $p < 0,001$ )), низкая величина ФВ (на 19,3% ( $p < 0,001$ )), % $\Delta$ S (на 25,3% ( $p < 0,001$ )). У подростков с МД, помимо перечисленных изменений, наблюдалось снижение Vcf (на 8,7%;  $p < 0,01$ ) и МО (на 10,1%;  $p < 0,05$ ). Необходимо отметить, что в этой группе в сравнении с детьми без МД нами были выявлены более высокие значения ТЗСЛЖ (на 9,8%;  $p < 0,01$ ), ТМЖП (на 17,4%;  $p < 0,001$ ) и ММЛЖ (на 23,5%;  $p < 0,01$ ) по сравнению с контролем, что свидетельствует в пользу формирования гипертрофии миокарда ЛЖ.

**Заключение.** Таким образом, у детей с ГМС наличие МД существенно воздействует на гемодинамику, что проявляется нарушением сократительной функции желудочков со снижением ФВ, % $\Delta$ S и Vcf, а также объемных показателей (МО). При этом, несмотря на увеличение массы миокарда и гипертрофию, скорость сокращения и эффективность выброса у подростков с МД снижены, что, вероятно, обусловлено качественно иным состоянием структур миокарда при наличии МД в сочетании с ГМС, которая сама по себе характеризуется «слабостью» соединительной ткани.



## ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А

Мамедов С.Б., Таги-заде Т.Г., Гасанова Н.С., Гаджиева У.К.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика*

**Актуальность.** Актуальность проблемы вирусных гепатитов (ВГ) у детей обусловлена их высокой социальной и эпидемиологической значимостью. Вирусный гепатит занимает третье место в структуре детской инфекционной патологии и является одной из причин серьезных осложнений и смертности.

**Цель исследования.** Изучение динамики активности миелопероксидазы (МПО) нейтрофилов крови у детей раннего возраста с острым вирусным гепатитом А (ОВГА).

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось среди 90 детей в возрасте от 1 года до 3 лет. Из них у 60 был вирусный гепатит А (ВГА), остальные 30 — практически здоровые дети (группа сравнения). Из очага инфекции наблюдались 10 контактных детей, заболевших безжелтушной формой вирусного гепатита А. Цитохимическим методом в динамике патологического процесса была оценена величина активности МПО нейтрофилов крови по методу Quaqlino (1970).

**Результаты.** ОВГА в среднетяжелой форме протекал у 22, в легкой — у 28 больных детей. Динамика величин активности МПО характеризовалась следующими особенностями. У больных в разгаре заболевания происходило снижение в средних арифметических величинах активности МПО по сравнению с соответствующими показателями у здоровых детей ( $234 \pm 3,8$  у.е.). Снижение активности МПО сохранялось на протяжении всего заболевания и в фазе реконвалесценции, но при легкой и безжелтушной формах ОВГА наблюдалась тенденция к ее нормализации через 4–5 нед, а при среднетяжелой форме изменения держались стойко и длительно. Так, при легкой форме уровень активности МПО нейтрофилов в период разгара составил  $216 \pm 3,6$  у.е., в раннюю реконвалесценцию —  $220 \pm 3,4$  у.е., а в позднюю реконвалесценцию —  $226 \pm 3,4$  у.е. У больных со среднетяжелой формой показатели имели следующую динамику:  $206 \pm 3,8$  у.е.,  $214 \pm 3,2$  у.е. и  $220 \pm 3,6$  у.е. соответственно. При безжелтушной форме ОВГА изменения МПО составили  $218 \pm 3,4$  у.е.,  $224 \pm 3,2$  у.е. и  $228 \pm 3,0$  у.е. в периоды разгара, ранней реконвалесценции и поздней реконвалесценции соответственно.

**Заключение.** Таким образом, продолжительность и глубина выявленных расстройств внутреннего метаболизма нейтрофилов свидетельствует об истощении защитно-приспособительных механизмов на клеточном уровне. Отсутствие адекватного восстановления внутрилейкоцитарного цитохимического спектра (нормализации МПО нейтрофилов) позволяет рассматривать эти признаки как самые ранние показатели снижения состояния реактивности организма на клеточном уровне.

## КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Мамедова С.Н.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика*

**Актуальность.** Ювенильный псориазический артрит (ЮПсА) — хроническое воспаление суставов, развивающееся у детей с псориазическим поражением кожи и ногтей. Данная патология нередко связана с широким спектром коморбидных состояний, которые надо учитывать при выборе тактики ведения больного.

**Цель исследования.** Изучить некоторые параметры сердечно-сосудистой системы у детей и подростков, страдающих ЮПсА.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных 17 больных с ПсА в возрасте от 9 до 17 лет — 10 девочек и 7 мальчиков. У всех пациентов был тщательно собран анамнез, нами проведены клиническое, лабораторно-инструментальное обследования, в том числе электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ). Для постановки диагноза «определенный ювенильный ПсА» использовали Ванкуверские диагностические критерии.

**Результаты.** Результаты исследования показали, что у 8 пациентов поражение кожи предшествовало развитию артрита, у 5 — возникло одновременно, у 4 артрит развился раньше псориаза. Артрит дистальных межфаланговых суставов наблюдался у 3 пациентов, асимметричный олигоартрит — у 5, симметричный ревматоидоподобный артрит — у 9 детей.

Жалобы на боли в области сердца предъявляли 3, на сердцебиение — 6 детей. У 3 больных отмечалась артериальная гипотензия, у 1 — артериальная гипертензия. При аускультации приглушение тонов сердца наблюдалось у 8 больных. Результаты ЭКГ-исследования показали, что у 9 пациентов с ЮПсА регистрировались изменения в миокарде желудочков, у 5 детей — признаки гипертрофии левого желудочка; у 7 пациентов выявлена синусовая тахикардия, у 1 — синусовая брадикардия, у 3 — экстрасистолия. Атриовентрикулярные блокады первой степени зафиксированы у 4, изменение интервала PQ — у 3 пациентов. При проведении ЭхоКГ наблюдались недостаточность митрального клапана I степени — у 5, расширение полости левого желудочка — у 4, пролапс митрального клапана — у 2 пациентов. Была установлена прямая корреляция между избыточной массой тела ребенка и изменениями в сердечно-сосудистой системе.

**Заключение.** На фоне назначения при ЮПсА противовоспалительной и иммуносупрессивной терапии клиника кардиоваскулярной патологии может недостаточно четко проявляться. Более тщательное всестороннее обследование пациентов с ЮПсА способствует раннему выявлению коморбидных состояний, что необходимо учитывать при назначении лечения.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Мамедова Ф.М., Мамедов С.Б., Гусейнова И.Е., Мирджавадлы Р.М.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика*

**Актуальность.** В структуре инфекционной патологии острые респираторные инфекции (ОРИ) у детей занимают одну из ведущих позиций. При этом имеет значение преморбидный фон, влияющий на прогноз заболевания. Одним из фоновых состояний является недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ).

**Цель исследования.** Изучение клинических особенностей течения ОРИ у детей с НДСТ.

**Пациенты и методы.** Были проведены ретроспективный анализ амбулаторных карт и оценка анамнеза, клиники, характера и длительности течения ОРИ госпитализированных детей в возрасте 6–12 лет. 26 пациентов, имеющих признаки НДСТ, составили I группу, во II группу вошли 30 детей без признаков НДСТ. Больные были сопоставимы по полу, возрасту, спектру ОРИ.

**Результаты.** Проведенный анализ анамнестических данных показал, что больные I группы значительно чаще относились к группе часто болеющих детей — более 6 раз в год, чем пациенты II группы (34,6 и 23,3% соответственно). По тяжести течения острых респираторных инфекций в I группе были получены следующие результаты: легкая форма выявлена у 5 (19,2%), средняя — у 18 (69,2%), тяжелая — у 3 (11,5%) больных. Во II группе показатели распределились таким образом: легкая — у 11 (36,7%), средняя — у 17 (56,6%), тяжелая — у 2 (6,7%). Осложнения в виде трахеобронхитов и обструктивных бронхитов значительно чаще отмечались у пациентов I группы (65 и 19,2% соответственно), чем у II (43,3 и 6,7% соответственно). При ОРИ у детей с НДСТ отмечалась более высокая частота обострений, чем у пациентов II группы (26,9% и 16,6% соответственно).

**Заключение.** Таким образом, ОРИ на фоне НДСТ характеризуются более тяжелым течением, частыми обострениями и развитием осложнений, это связано с генетически обусловленной несостоятельностью соединительнотканых структур, создающей предпосылки для высокой восприимчивости, развития, распространения и поддержания инфекционного процесса.

## **ВАРИАНТЫ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ВРОЖДЕННЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

**Маммадова А.А., Гасангулиева Г.М., Новрузова Г.А., Гараева С.З.**

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика  
НИИ педиатрии имени К. Фараджевой, Баку, Азербайджанская Республика*

**Актуальность.** Врожденные инфекции не только сказываются на перинатальных и постнатальных потерях, но и негативно влияют на отдаленное состояние здоровья, что нередко приводит к инвалидности детей. Врожденные инфекции могут оказать негативное воздействие на развитие органов пищеварения, понимание этого взаимодействия поможет улучшить профилактику и лечение.

**Цель исследования.** Изучить частоту патологий желудочно-кишечного тракта в течение первого года жизни у детей, родившихся с врожденными инфекциями.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 110 доношенных детей, родившихся с врожденной инфекцией (основная группа), и 60 здоровых новорожденных без признаков внутриутробного инфицирования, которые находились под динамическим наблюдением до 1 года.

**Результаты.** В общей структуре заболеваемости детей патология органов пищеварения встречалась как в основной группе —  $24,3 \pm 4,1\%$ , так и в контрольной группе —  $10,0 \pm 3,0\%$ . По сравнению с контрольной группой у детей, рожденных с врожденной инфекцией, частота заболеваний органов пищеварения в течение 1 года статистически значимо выше ( $p < 0,001$ ). Среди патологий органов пищеварения у детей, рожденных с врожденной инфекцией, чаще регистрируются кишечные инфекции ( $8,0 \pm 1,4\%$ ), гастроэнтериты ( $6,5 \pm 4,7\%$ ), энтероколиты ( $6,1 \pm 1,9\%$ ), расстройства кишечного всасывания ( $3,4 \pm 1,4\%$ ).

**Заключение.** Исследование показало статистически значимую повышенную частоту патологий желудочно-кишечного тракта у детей, родившихся с врожденными инфекциями, по сравнению со здоровыми новорожденными. Кишечные инфекции, гастроэнтериты, энтероколиты и расстройства всасывания кишечника оказались более распространенными среди детей основной группы. Эти данные предоставляют важную информацию для разработки дифференцированных подходов к медицинской помощи и профилактике у этой категории детей.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ

Мамчиц Л.П.<sup>1</sup>, Гандыш Е.В.<sup>1</sup>, Бейзерова А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

<sup>2</sup> ГУ «Гомельский районный центр гигиены и эпидемиологии», Гомель, Беларусь

**Актуальность.** Оценка гигиенических параметров здоровьесберегающей среды, качества медицинского обеспечения и здоровья обучающихся актуальна в связи с применением новых информационных технологий во всех типах образовательных учреждений, интенсификацией учебного процесса.

**Цель исследования.** Анализ заболеваемости детей и подростков в рамках оценки влияния условий обучения и медицинского обеспечения в образовательных учреждениях.

**Пациенты и методы.** Проанализированы данные медицинского осмотра обучающихся в образовательных учреждениях Гомельской области за 2015–2022 гг. и результаты собственных исследований. Для обработки данных использованы общепринятые статистические методы с применением программ WinPEpi 2016, Microsoft Excel, уровень значимости определяли при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** В структуре первичной заболеваемости детей в возрасте от 0 до 17 лет на первом месте находятся заболевания органов дыхания (76,8%), травмы, отравления (4,5%), инфекционные заболевания (4,2%), болезни глаз (2,9%), кожи и подкожной клетчатки, (2,6%), уха (2,4%). Актуальной становится проблема избыточной массы тела у детей, отмечается увеличение распространенности заболеваний сахарным диабетом и ожирением среди детей 0–17 лет. Наибольшая доля детей имеет II группу здоровья — 59,3%, I группу здоровья имеют 26,2% детей, III группу — 12,5%, IV группу — 2,0%. Отмечается рост показателей нарушения остроты зрения, чаще встречается у детей 15–17 лет. Нарушениями обеспечения условий для организации образовательного процесса в школе являются недостатки в части санитарно-технического состояния помещений (16,2%), несоблюдения требований к освещению (11,5%) рабочих мест, несоответствия требованиям устройства и оборудования санитарных узлов (6,9%), несоблюдения требований к обеспечению ученической мебелью (6,1%), норм площади на одного учащегося в учебном помещении (1,2%), должных условий для 1-х классов (0,2%). В старших классах не соблюдается рассаживание, отмечается большой объем домашних заданий с использованием ЭВМ (4–5 ч).

**Заключение.** Зафиксирован рост школьно-обусловленных заболеваний, выявлены нарушения в обеспечении условий для организации образовательного процесса. Необходим комплекс медицинских и гигиенических мероприятий в целях улучшения здоровья школьников.





## ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОДИСПЛАЗИЕЙ ОССИФИЦИРУЮЩЕЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ

Маткава В.Г., Никишина И.П., Арсеньева С.В., Арефьева А.Н.

ФГБНУ «НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Фибродисплазия оссифицирующая прогрессирующая (ФОП) — ультраредкое заболевание, характеризующееся гетеротопической оссификацией (ГО), обусловленное мутациями в гене *ACVR1*. Низкодозовая компьютерная томография (НДКТ) всего тела является эффективным методом мониторинга ГО, однако до настоящего времени публикаций, посвященных использованию данного метода, мало.

**Цель исследования.** Оценить диагностическую значимость и приемлемость для клинической практики НДКТ всего тела у пациентов с ФОП. Рассчитать объем ГО и сопоставить с результатами оценки функционального статуса с помощью шкалы SAJIS.

**Пациенты и методы.** НДКТ выполнялась без контрастирования, с помощью 128-срезового компьютерного томографа GE Revolution EVO. Время выполнения составило не более 2 мин. Объем ГО определялся путем сегментации каждого аксиального среза с использованием полуавтоматических алгоритмов, дополнительно для оптимизации применялось ручное контурирование. Объемы ГО рассчитывались отдельно для каждой области и суммировались для общего объема тела. Для оценки функционального статуса использовалась кумулятивная аналоговая шкала SAJIS, разработанная для ФОП.

**Результаты.** За период с июля 2022 по ноябрь 2023 г. НДКТ всего тела выполнена 19 пациентам (9 девочек, 10 мальчиков) с диагнозом ФОП. Практически все пациенты (18/19) имели классическую мутацию в гене *ACVR1* с.617G>A (p.Arg206His) и характерные фенотипические проявления. Средний возраст составил 11,5 (2; 28) года. Средняя лучевая нагрузка составила 6,46 (2,87; 12,46) мЗв. В результате исследования объем участков ГО удалось рассчитать для 13 пациентов. Средний объем участков ГО составил 288,8 (1,234; 1416,4) см<sup>3</sup>. Выявлена тенденция к нарастанию объема ГО по мере увеличения возраста пациентов. Выявлены КТ-признаки множественных участков ГО в структуре мягких тканей шейной (у 19 — 100%), грудной (у 15 — 79%), пояснично-крестцовой области (у 15 — 79%), в области верхних конечностей (у 15 — 79%), нижних конечностей (у 8 — 42%). Неожиданной находкой стало выявление множественных ГО, не визуализируемых при рентгенологическом исследовании. Периферические остеохондромы были обнаружены в плечевых костях у 8 (42%) пациентов, бедренных костях — у 12 (63%), большеберцовых — у 17 (89%), малоберцовых — у 4 (21%). У 6 (32%) пациентов выявлены КТ-признаки двустороннего сакроилеита. Средний балл по шкале SAJIS составил 7,9 (1; 22). По данным анализа, наиболее подвержены процессу оссификации оказались структуры осевого скелета, что характерно для естественного течения ФОП, при котором оссификация начинается с проксимальных отделов и распространяется на дистальные отделы туловища и конечностей. Анализ степени поражения структур нижних конечностей показал меньшую вовлеченность в процесс оссификации, что коррелирует с автономностью включенных в данную выборку пациентов.

**Заключение.** Необходимость четкой визуализации степени прогрессирования и локализации ГО при ФОП стала обоснованием к успешно проведенному НДКТ всего тела у 19 пациентов. Впервые в России были получены данные об объеме участков ГО всего тела, удалось верифицировать ранее не выявленные периферические остеохондромы, подтвердить признаки сакроилеита. Технические, организационные и визуализирующие возможности, корреляция с оценкой по шкале SAJIS позволяют позиционировать этот лучевой метод в качестве «золотого стандарта» для динамического наблюдения за прогрессированием ФОП.



## ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ МОНОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Метелин А.В., Филин А.В., Казакова О.В., Сидорова Е.И., Коротеева Н.А.,  
Бабаян А.А., Новиков Д.И., Маячкин Р.Б.

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

**Актуальность.** Моногенные заболевания объединяют различные нозологические формы, развивающиеся при генных мутациях. Их развитие может стать причиной тяжелых структурно-функциональных нарушений печени с высокой летальностью. Несмотря на достижения последних десятилетий в фармакологии и генной терапии, трансплантация печени остается радикальным и эффективным методом лечения пациентов с моногенными заболеваниями печени.

**Цель исследования.** Оценка показаний и результатов выполнения трансплантации печени при моногенных заболеваниях на примере опыта Российского научного центра хирургии им. акад. Б.В. Петровского.

**Пациенты и методы.** За период с апреля 2009 по ноябрь 2023 г. в отделении пересадки печени ГНЦ ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского выполнено 198 трансплантаций печени: взрослым  $n = 33$  (17%) и детям  $n = 165$  (83%). Моногенные заболевания послужили показаниями к трансплантации печени у 38 пациентов (19%). Медиана возраста составила 5,6 года (*min* — 5,5 мес; *max* — 33 года). Нозологические формы представлены болезнью Вильсона в 12 наблюдениях (32%), прогрессирующим семейным внутрипеченочным холестазом — в 8 наблюдениях (21%), тирозинемией — у 6 пациентов (16%), синдромом Алажилля — у 5 пациентов (13%), гликогенозом — у 4 пациентов (11%), дефицитом альфа-1-антитрипсина — у двух пациентов (5%), гипероксалурией — у одного пациента (2%).

**Результаты.** При медиане сроков наблюдения за пациентами 10 лет (*min* — 8,5 мес; *max* — 14,7 года), живы на момент публикации 82% ( $n = 31$ ) пациентов. Все получают однокомпонентную иммуносупрессивную терапию ингибиторами кальциневрина.

**Заключение.** Полученные результаты демонстрируют высокую эффективность трансплантации печени в радикальном лечении широкого спектра моногенных заболеваний, обеспечивающем полное выздоровление пациентов с последующим хорошим качеством жизни.

## НАРУШЕНИЯ МИКРОБИОТЫ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ КОНСТИПАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Миргородская А.В., Сиротченко Т.А., Головина И.Н., Грабарь И.В.,  
Луганский Д.Е.

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Частота констипации в раннем возрасте составляет 25–30%, но в когорте пациентов с ожирением / избыточной массой тела достигает 35–40%. Обращаемость за медицинской помощью со стороны родителей в связи с данной проблемой — менее 7%, что говорит об отсутствии информации о последствиях запоров.

**Цель исследования.** Целью исследования было изучение выраженности нарушений микробиоты на фоне хронической констипации у детей раннего возраста с ожирением и избыточной массой тела путем проведения диагностического скрининга ротовой жидкости.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены условно здоровые соматически дети 2–3 лет (110 детей — избыточная масса тела и 43 ребенка — ожирение) с хронической функциональной констипацией, у которых определяли содержание лизоцима и активность уреазы в ротовой жидкости (РЖ) с учетом открытой системы «рот – кишечник». Сбор нестимулированной РЖ проводили утром натощак в контейнеры Salivette в течение 5 мин. Вычисляли показатель выраженности дисбиотических нарушений по соотношению показателей активности уреазы к уровню лизоцима РЖ.

**Результаты.** У 74,4% детей с ожирением (ОЖ) стул был не чаще 2 раз в неделю, в группе детей с избыточной массой тела (ИзмТ) таких детей было 52,7%. У 48,8% детей с ОЖ дефекация вызывала дискомфорт, у четверти детей были выраженные болезненные ощущения, которые стимулировали подавление позыва дефекации в дальнейшем (боязнь горшка). Около 30% детей с ИзмТ также испытывали дискомфорт во время дефекации, но болевой синдром регистрировался только у 16,3%. Нормальный тип стула по BSFS был характерен для половины детей с ИзмТ (64,5%) и для 27,9% детей с ОЖ, остальные дети имели стул 1–2-го типов, стул 6–7-го типов систематически не регистрировался. У детей с ОЖ (73,6%) выявлен низкий уровень неспецифической резистентности в виде уменьшения содержания лизоцима в 1,9 раза ( $p < 0,001$ ) с одновременным увеличением активности уреазы в 2,1 раза, индекс степени выраженности дисбиоза увеличился в 4,1 раза. Дети с ИзмТ демонстрировали подобные изменения (снижение уровня лизоцима РЖ в 1,4 раза, рост активности уреазы в 1,8 раза и индекса выраженности дисбиотических нарушений в 2,8 раза ( $p < 0,001$ )). Необходимо отметить, что все дети с ОЖ или ИзмТ и функциональной хронической констипацией имели максимально высокие показатели дисбиотических нарушений и наиболее низкий уровень лизоцима в РЖ.

**Заключение.** Таким образом, у значительного числа детей раннего возраста, как с ожирением, так и с избыточной массой тела, на фоне хронической функциональной констипации выявляются выраженный рост условно-патогенной микрофлоры и снижение неспецифической резистентности РЖ. Учитывая открытость системы «рот – кишечник», результаты исследования РЖ можно использовать для безопасного скрининга выраженности общих дисбиотических нарушений с последующей коррекцией, а также для повышения информированности родителей о последствиях хронической констипации.



## ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ У МЛАДЕНЦЕВ МЛАДШЕ ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАМЕНИТЕЛЕЙ ГРУДНОГО МОЛОКА

Морозова М.И., Михайлюк А.Р.

*ООО Детская клиника «ПЛЮС», Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

**Актуальность.** Большинство матерей младенцев младше 6 мес часто сталкиваются с отсутствием поддержки грудного вскармливания в условиях амбулаторного звена, что, в свою очередь, приводит к необоснованному использованию заменителей грудного молока на дому.

**Цель исследования.** Выявить и устранить причины использования заменителей грудного молока среди пациентов клиники, восстановить исключительно грудное вскармливание у младенцев младше 6 мес.

**Пациенты и методы.** За 2022 г. к педиатрам — консультантам по лактации клиники обратились 149 матерей с младенцами младше 6 мес, предполагающих перейти на смесь. На исключительно грудном вскармливании находились 96 младенцев, их матери испытывали боль при кормлении ребенка грудью. 53 находились на смешанном вскармливании без медицинских показаний. Выявлены и устранены причины боли и самостоятельного ввода смеси, проведена стимуляция лактации, оказана психологическая поддержка.

**Результаты.** 96 матерей, испытывающих боль при кормлении младенцев, были осмотрены ГВ-консультантами клиники, у 89 из них отмечались трещины и гиперемия в области сосков, применялась медикаментозная местная антибактериальная терапия — суперацин, немедикаментозное лечение — проработка техники прикладывания младенца к груди; у 7 матерей был выявлен мастит различной локализации — проведено ручное расцеживание, младенцы прикладывались к груди с целью рассасывания, применялись системные антибиотики.

Еще у 53 матерей выявлены причины ввода смеси, оказана психологическая поддержка, выявлены и отработаны ICE пациентов, после чего проведены меры по стимуляции лактации. В 47 случаях — немедикаментозно (частые прикладывания, контакт «кожа к коже», отмена заменителей груди, снижение количества докорма), еще 6 матерям был назначен прием галактогонов. Все 149 матерей успешно продолжили грудное вскармливание, 132 из них продолжают кормить младенцев после 1 года, 7 планируют кормить до самоотлучения ребенка от груди.

**Заключение.** Таким образом, своевременное выявление и устранение причин использования заменителей грудного молока среди пациентов клиники позволяют восстановить исключительно грудное вскармливание младенцев младше 6 мес.

## ИНФОРМАТИВНОСТЬ КТ-ДИАГНОСТИКИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ

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

**Актуальность.** Мультиспиральная компьютерная томография грудной клетки (МСКТ) дает четкое и ясное представление о степени тяжести дефекта, плоскости изменений грудины и ребер, показывает степень компрессии и смещения сердца и легких, а также морфологические изменения легочной паренхимы.

**Цель исследования.** Определить роль компьютерной томографии грудной клетки в диагностике морфофункциональных изменений органов грудной полости у детей с воронкообразной деформацией грудной клетки (ВДГК).

**Пациенты и методы.** В исследование включены 50 пациентов с установленным диагнозом ВДГК, проходивших обследование и оперативное лечение на базе ортопедо-травматологического отделения УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница». Всем пациентам выполнена МСКТ на аппарате Aquilion Lightning. Статистическая обработка результатов исследования выполнена в программе Microsoft Excel 2010 и программе Statistica 10.0.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $14,36 \pm 2,34$ . Из них мальчиков — 37 (74,0%) и девочек — 13 (26,0%). Степень деформации грудной клетки определяли по индексу Халлера. II степень деформации диагностирована у 28 (56,0%) пациентов, III степень деформации — у 22 (44,0%) пациентов. У всех детей с ВДГК при оценке МСКТ отмечалось смещение органов средостения влево. При II степени деформации грудной клетки у 5 (17,8%) пациентов был выявлен пневмофиброз, у 7 (25,0%) — компрессия правых отделов сердца, у 2 (7,1%) — плевродиафрагмальные спайки, у 1 (3,6%) — сужение сегментарных бронхов и у 3 (10,7%) — малый гидроперикард. При III степени деформации у 11 (50,0%) пациентов по данным МСКТ была выявлена компрессия правых отделов сердца, у 5 (22,7%) — пневмофиброз, у 7 (31,8%) — плевродиафрагмальные спайки, у 3 (13,6%) — сужение сегментарных бронхов, у 5 (22,7%) — малый гидроперикард, у 2 (9,1%) — эмфизематозные буллы в нижних отделах легких. Важно отметить, что у детей со II степенью ВДГК пневмофиброзные изменения ограничивались одним сегментом и были односторонними, а при III степени деформации фиброзные изменения носили двусторонний характер или затрагивали два сегмента легких.

**Заключение.** Таким образом, мультиспиральная компьютерная томография позволяет выявить множественные морфофункциональные изменения со стороны легких и сердца, не диагностируемые при других методах исследования, определить пространственное взаимоотношение и взаиморасположение их в грудной клетке, а также просчитать риски хирургического вмешательства при планировании методов лечения данной патологии.

## ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

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

**Актуальность.** Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) — один из элементов диспластических проявлений, таких как деформация позвоночника, стоп, врожденных аномалий сердца, приводит к функциональным нарушениям кардиореспираторной системы.

**Цель исследования.** Проанализировать особенности морфофункционального развития у детей с воронкообразной деформацией грудной клетки.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 50 пациентов с установленным диагнозом ВДГК, прошедших обследование и оперативное лечение на базе ортопедо-травматологического отделения УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница». Всем пациентам выполнена мультиспиральная компьютерная томография грудной клетки. II степень деформации встречалась у 28 (56,0%) пациентов, III степень — у 22 (44,0%) пациентов. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи компьютерной программы Statistica 10.0.

**Результаты.** При сборе анамнеза выявлено, что у 27 (56,3%) пациентов проявления ВДГК наблюдались, со слов родителей, с раннего возраста, однако в период активного роста (с 9 до 15 лет) деформация грудной клетки стала заметно прогрессировать у 26 (63,41%) пациентов. Со стороны опорно-двигательного аппарата наиболее часто встречаются: нарушения осанки (сколиоз, кифоз, кифосколиоз) диагностированы у 78,0%, гипермобильность суставов (переразгибание в локтевых и лучезапястных суставах, симптом большого пальца, избыточная тыльная флексия в голеностопных суставах) — у 22,0%, деформации нижних конечностей, в том числе плоскостопие, — у 72,0%. Характерной особенностью было сочетание указанных признаков. Наиболее частыми отделами деформации при сколиозе у детей с ВДГК были грудной отдел позвоночника (у 47,8%) и грудопоясничный отдел (у 39,1%), реже встречалось поражение поясничного отдела позвоночника (у 13,1%). Преобладали дети с астеническим типом телосложения (36; 72,0%). Индекс массы тела (ИМТ) у пациентов со II степенью ВДГК составил 17,5 (16,3–18,3), у пациентов с III степенью — 17,8 (17,2–19,4). Внешний вид данных пациентов отличался преобладанием продольных размеров тела над поперечными, высоким ростом при относительно низкой массе тела, длинными верхними и нижними конечностями с удлинением кистей и стоп.

**Заключение.** Внешними фенотипическими особенностями пациентов с ВДГК являются диспластические изменения со стороны опорно-двигательного аппарата, что при выраженных деформациях грудной клетки влияет на функцию органов грудной полости, усугубляя кардиореспираторные нарушения.



## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЙОДНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПИТАНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОНБАССЕ

Налетов А.В., Марченко Н.А., Масюта Д.И.

*ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, Донецк, Донецкая Народная Республика, Российская Федерация*

**Актуальность.** На сегодняшний день сведения о воздействии вегетарианства на здоровье ребенка остаются противоречивыми. Российская Федерация относится к районам с умеренным дефицитом йода (ЙД), где рекомендовано усилить внедрение всеобщего йодирования соли.

**Цель исследования.** Изучить йодную обеспеченность детей-вегетарианцев и детей, не придерживающихся ограничений в питании, которые проживают на территории Донбасса.

**Пациенты и методы.** Основную группу составили 65 детей-вегетарианцев младшего школьного возраста. В группу контроля вошли 40 здоровых детей аналогичного возраста без ограничений в питании, проживающих в Донбассе. Изучение йодной обеспеченности проводилось путем определения медианы йодурии в группе: 100–200 мкг/л — нормальная; 50–99 мкг/сут — ЙД легкой степени, 20–49 мкг/сут — ЙД средней степени тяжести, менее 20 мкг/сут — ЙД тяжелой степени.

**Результаты.** Установлено, что йодированную соль употребляли в пищу в 10,8% семей вегетарианцев. В группе контроля данный показатель был еще меньше и составил 6,7%. Препараты йода перед проведением исследования не принимал ни один ребенок.

Анализ показателей концентрации йода в моче обследуемых показал, что в группе детей-вегетарианцев, проживающих в Донбассе, медиана йодурии составила 68,4 мкг/л, что соответствует легкому ЙД. При этом уровень йодурии менее 50 мкг/л имели 33,9% детей основной группы.

В свою очередь, установлено, что для детей группы контроля тоже был характерен легкий ЙД — медиана йодурии составила у них 97,1 мкг/л. При этом уровень йодурии менее 50 мкг/л имели 25,0% традиционно питающихся детей, проживающих в Донбассе. Полученный результат в группе контроля подтверждает тот факт, что Донбасс является регионом с ЙД, и даже употребление традиционных продуктов без ограничений в отсутствие профилактических мероприятий не позволяет достичь нормальной йодной обеспеченности у детей.

**Заключение.** Таким образом, для детей, проживающих в Донбассе, характерным является дефицит йода легкой степени. Установлен низкий уровень потребления йодированной соли среди детского населения, проживающего в данном регионе. Полученные данные позволяют считать детей, соблюдающих вегетарианство, группой риска развития ЙД.

## **Х-СЦЕПЛЕННЫЙ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИЙ РАХИТ У ДЕТЕЙ ВОРОНЕЖСКОГО РЕГИОНА**

**Настаушева Т.Л., Кондратьева И.В., Чичуга Е.М., Волосовец Г.Г.,  
Гурович О.В., Козарезов С.А.**

*ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Х-сцепленный гипофосфатемический рахит (ХГФР) — тубулопатия, обусловленная мутациями в гене *RNEX*, повышающими активность FGF23, который подавляет реабсорбцию фосфатов в проксимальных канальцах почек. Частота заболевания составляет 3,9 на 100 000 живых новорожденных, а распространенность равна 1,7–4,8 на 100 000 детей и взрослых. Среди всех вариантов гипофосфатемического рахита ХГФР встречается наиболее часто.

**Цель исследования.** Анализ частоты и течения ГФР у детей Воронежской области.

**Пациенты и методы.** Нами было проведено ретроспективное и проспективное исследование анамнеза, клинико-лабораторных и визуализирующих показателей у детей с гипофосфатемическим рахитом (ГФР), проживающих в Воронежской области.

**Результаты.** Всего под нашим наблюдением было 6 детей с установленным ГФР. Его распространенность среди детей Воронежской области в возрасте от 0 до 14 лет в 2022 г. составила 1,4 на 100 000. Диагноз ГФР был установлен в течение первых 3 лет жизни у 5 пациентов. Возраст установления диагноза — от 1 мес до 6 лет. Самая ранняя диагностика была проведена в возрасте 1 мес у пациентки с семейным ГФР. У 4 из 6 пациентов подтверждена мутация в гене *RNEX*. После подтверждения диагноза дети получали терапию фосфатами (дигидрофосфат калия, дигидрат моногидрофосфата натрия) и активными метаболитами витамина D (кальцитриол или альфакальцидол). Минимальные клинические и лабораторные изменения установлены у девочки, получающей терапию с первого года жизни. Трем пациентам с подтвержденными мутациями в гене *RNEX*, то есть с ХГФР, начата или планируется патогенетическая терапия препаратом на основе моноклональных антител к FGF23. Данным препаратом больные обеспечиваются за счет средств фонда «Круг добра».

**Заключение.** Выявленная нами распространенность ГФР у детей Воронежской области, возможно, не является истинной, так как соответствует минимальной, согласно данным литературы. Необходимо всех детей с клиническими признаками рахита направлять на консультацию к нефрологу. Ранняя диагностика и терапия ГФР будут способствовать улучшению течения и прогноза этого заболевания.

## ДЕТИ С БОЛЯМИ В СЕРДЦЕ НА ПРИЕМЕ У УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА

Науменко Е.И., Тягушева Е.Н., Раздолькина Т.И.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск, Российская Федерация

**Актуальность.** Кардиалгии в детском возрасте являются серьезной проблемой, требующей быстрого проведения дифференциальной диагностики со сходными по клиническим проявлениям заболеваниями. С жалобами на боли в области сердца обращаются до 80% пациентов на амбулаторном приеме врача-педиатра.

**Цель исследования.** Определить удельный вес детей с кардиалгиями на приеме у врача-педиатра и их вероятные причины.

**Пациенты и методы.** Нами проведен анализ клиники, состояния костно-суставной, дыхательной, сердечно-сосудистой, центральной и вегетативной нервной систем, желудочно-кишечного тракта 1289 детей и подростков за 2020–2022 гг., обратившихся к участковому педиатру с жалобами на боли в области сердца.

**Результаты.** Из 1289 исследуемых с жалобами на боли в сердце было 354 ребенка в возрасте 5–7 лет: в 2020 г. — 25%, в 2021 г. — 34%, в 2022 г. — 41% ( $p < 0,05$ ); 528 детей в возрасте 8–14 лет, обращались одинаково часто ежегодно: 29% — в 2020 г., 34% — в 2021 г. и 37% — в 2022 г.; старше 15 лет было 407 подростков, чаще обращались в 2022 г. — 42% против 22% в 2020 г. Жалобы на колющие боли в сердце предъявляли 89% пациентов ( $p < 0,001$ ), 10% ощущали загрудинную боль как ноющую, 1% рассказали об острой боли. 8% детей отмечали боль в области сердца только в горизонтальном положении. Иррадиацию кардиалгий в правую половину грудной клетки отмечают 52% ( $p < 0,01$ ) пациентов, 9% — в межлопаточную область, 3 подростка — в левую руку. Остальные дети не отмечают иррадиацию болевых ощущений. Связь кардиалгий с физической нагрузкой отметили 32% детей и подростков (преимущественно средняя степень выраженности болей ( $r = 0,45$ )), 44% связывают появление болевого симптома с эмоциональными нагрузками и указывают на выраженную боль ( $r = 0,53$ ). Органические заболевания сердца установлены у 0,9% детей и подростков: миокардит — 5 детей (46%), кардиомиопатия — 3 пациента (27%), пролапс митрального клапана с митральной недостаточностью — 3 подростка. У остальных пациентов выявлены нарушение вегетативной регуляции сердца (74%), патология желудочно-кишечного тракта (43%), патология ЛОР-органов (28%), у 98 пациентов — патология эндокринной системы, у 4 подростков — сколиоз, у 1 подростка диагностирован левосторонний спонтанный пневмоторакс. Все дети прошли электрокардиографическое обследование. Пациенты с органическими заболеваниями сердца имели отклонения от нормы. У 18% детей, не имеющих органической патологии сердца, на ЭКГ выявлены нарушения процессов реполяризации в миокарде левого желудочка в виде низкоамплитудного, реже — отрицательного, зубца «Т» в следующих отведениях: II, AVF, V5–6. Преимущественно это дети с патологией желудочно-кишечного тракта. У 64% пациентов регистрировали предсердный ритм (54%) и миграцию водителя ритма (46%).

**Заключение.** Таким образом, жалобы на боли в области сердца предъявляют дети уже с 7 лет. Кардиалгии требуют тщательного расспроса пациента, обязательного проведения ЭКГ, ЭхоКГ, а также знаний участкового педиатра в области гастроэнтерологии, неврологии, патологии ЛОР-органов, психологии.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ**

**Науменко Е.И., Тягушева Е.Н., Храмихина С.С.**

*ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Число детей с врожденными пороками развития (ВПР) в Российской Федерации составляет 3–7%.

**Цель исследования.** Провести анализ врожденных аномалий развития внутриутробного ребенка и хронических заболеваний в Республике Мордовия по результатам пренатальной диагностики.

**Пациенты и методы.** Пренатальное кариотипирование и 2 скрининга УЗИ внутриутробного ребенка; 13 698 беременных женщин. При проведении УЗИ выявлено 1089 случаев врожденных аномалий (ВА) и 63 хромосомных заболевания.

**Результаты.** По результатам первого скрининга выявлено всего 38% врожденных аномалий: пороки челюстно-лицевой области (ЧЛО), грубые нарушения развития ЦНС (акrania, анаэнцефалия, спинномозговая грыжа), скелетные дисплазии и множественные пороки развития (МВПР). При втором скрининге выявляемость значительно больше (59%): патология сердечно-сосудистой системы (ССС), центральной нервной системы (ЦНС), желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), опорно-двигательного аппарата (ОДА), мочеполовой системы (МПС), дыхательной системы и некоторые опухоли. Представлена следующая структура врожденных аномалий: на первом месте находятся патология МПС (23%) и ЧЛО (21%) от общего количества. На втором месте — патология ЦНС — 15%, на третьем — патология ЖКТ — 12%. Опухоли — 3% и патология легких — 2,5%.

Медико-генетическая консультация МРКПЦ располагает необходимыми техническими и организационными возможностями для пренатального кариотипирования внутриутробного ребенка в целях исключения хромосомной патологии. В ходе диагностики было проведено 416 инвазивных исследований: биопсия хориона — 211 (50%), биопсия плаценты — 192 (46%), амниоцентез — 11 (2,6%) и 6 (1,4%) исследований пуповинной крови (кордоцентез). Выявлено 65 хромосомных заболеваний: синдром Дауна — 60%, синдром Эдвардса — 18%, синдромы Шерешевского – Тернера и Патау — по 7,5%, синдром Клайнфельтера — 2,3%.

**Заключение.** Применение и совершенствование методов пренатальной диагностики позволяют увеличивать выявляемость ВПР внутриутробного ребенка, что способствует адекватному принятию решения матери о сохранении беременности.

## ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ РОЙФМАНА

Николаева Ю.С.<sup>1</sup>, Крутова А.В.<sup>1</sup>, Зябкин И.В.<sup>1</sup>, Исаева Е.П.<sup>1</sup>,  
Мухортых В.А.<sup>1</sup>, Зокиров Н.З.<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup> Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва,  
Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.А. Евдокимова» Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Изучение полиморфизма клинических проявлений при синдроме Ройфмана — редкое наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, часто включающее в себя первичный иммунодефицит, дисплазию скелета, задержку развития.

**Цель исследования.** Сопоставить данные научной литературы с собственным клиническим наблюдением течения синдрома Ройфмана у девочки 5 лет.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ научной литературы по стигмам дизэмбриогенеза, клиническим проявлениям, изменениям со стороны иммунной системы, определяющим формирование синдрома Ройфмана. Проведен анализ истории болезни пациентки А., 5 лет, включая данные анамнеза, клиническую картину лабораторных и инструментальных методов исследования.

**Результаты.** Ребенок с задержкой внутриутробного развития, внутриутробной гипоксией. В течение первых 3 мес жизни отмечались эпизоды повышения воспалительных маркеров, диффузные изменения паренхимы почек, нарушения азотовыделительной функции, электролитные нарушения, умеренный мочевого синдром, длительно сохранялась анемия. Диагностирован тубулоинтерстициальный нефрит, первичный гипотиреоз. В дальнейшем отмечались частые эпизоды фебрильной лихорадки, появления пятнисто-папулезной сыпи по всему телу. В 6 мес был диагностирован вторичный синдром активации макрофагов, начата иммуносупрессивная терапия. Выявлено нарушение Т-клеточного звена иммунитета, полное отсутствие циркулирующих В-лимфоцитов. Обнаружены анизометропия, миопический астигматизм, миопия слабой степени. На протяжении всего наблюдения имелась задержка психомоторного развития. Полиморфизм фенотипических проявлений позволил заподозрить генетический синдром, обнаружена мутация в гене *RNU4ATAC*. В дальнейшем отмечались нарушения состояния с гастроинтестинальными проявлениями, лабораторными изменениями в виде повышения уровня трансаминаз, пограничное значение содержания сывороточных антител к микросомам печени, выявлены диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы.

**Заключение.** Множественные стигмы дизэмбриогенеза, частые инфекционные заболевания, полиморфизм клинических проявлений позволил заподозрить у ребенка синдромальную форму патологии. Однако на данный момент не представляется возможным сделать окончательный вывод, являются ли изменения со стороны почек, щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта фенотипизмом генетического синдрома или же это следствие непрерывно рецидивирующего инфекционного процесса.

## **ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НОВОГО ТИПА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

**Орел В.И., Ким А.В., Катаева И.С., Гурьева Н.А., Смирнова В.И.,  
Шарафутдинова Л.Л., Рослова З.А., Каканов А.М.**

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

**Актуальность.** Особенностью 2020–2022 гг. стало распространение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Изучение различных аспектов инфекционной заболеваемости детского населения является актуальным на фоне массового распространения COVID-19, в том числе в зависимости от условий проживания детей.

**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.** Анализ инфекционной заболеваемости детей в 2016–2022 гг. проведен сплошным методом по группам административных районов Санкт-Петербурга. Изучены особенности распространения инфекционной заболеваемости, показаны принципы группировки районов проживания детей, дана оценка инфекционной заболеваемости в период пандемии COVID-19 и отражены медико-социальные и медико-экономические особенности групп районов.

**Результаты.** Санкт-Петербург — мегаполис, разделенный на 18 районов. Условное картирование города позволило выделить 4 группы территорий. Объединяющими факторами стали медико-экономические и медико-социальные характеристики: спальные районы, промышленные, центральные и пригородные. Выявлены различия инфекционной заболеваемости детей в группах. В 2020 г. отмечено снижение общей инфекционной заболеваемости, особенно в спальных районах (–24,4%), однако показатель в этой группе оставался самым высоким и был выше промышленной группы на 22,9%; высокая заболеваемость гриппом: наивысший показатель был в 3-й группе, наименьший — в 4-й группе (–61,0%). Во всех группах районов отмечается снижение заболеваемости кишечными инфекциями, ОРВИ, скарлатиной и другими. В 2021–2022 гг. отмечен рост заболеваемости острыми инфекциями дыхательных путей во всех группах районов, максимальный рост отмечался в 4-й группе (+69,0%). В трех группах районов — спальный, промышленный и центральный — регистрировался рост заболеваемости гонококковой инфекцией, наиболее значимый показатель в 4-й группе (+100,0%).

**Заключение.** В 2020 г. во всех группах районов отмечена тенденция к снижению заболеваемости с сохранением нозологического состава инфекционной заболеваемости. Несмотря на проводимые общие ограничительные мероприятия, уровень общей инфекционной заболеваемости в группах районов имеет достоверные различия. Мероприятия противоэпидемического характера возможно решать с учетом условного деления города на группы районов, объединенных по ряду характеристик.





## ПРОБЛЕМАТИКА ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Орел В.И., Ким А.В., Середа В.М., Ипполитова М.Ф., Гурьева Н.А.,  
Смирнова В.И., Шарафутдинова Л.Л., Рослова З.А., Каканов А.М.,  
Ушкац А.К.

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

**Актуальность.** Состояние репродуктивного здоровья современных детей имеет негативные тенденции. Для раннего выявления нарушений органов репродуктивной системы у детей необходимо своевременно и в полном объеме приводить профилактические медицинские осмотры (ПМО).

**Цель исследования.** Определить проблематику организации ПМО для оценки репродуктивного здоровья детей, основываясь на показателях деятельности служб охраны репродуктивного здоровья (СОРЗ).

**Пациенты и методы.** Проанализированы результаты ПМО детей врачами акушерами-гинекологами и урологами-андрологами в рамках аудита, предусмотренного Планом мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи, направленного на укрепление репродуктивного здоровья населения Санкт-Петербурга на 2020–2021 гг., Концепцией Санкт-Петербурга по дальнейшему развитию медицинской и социальной помощи матерям, детям и семьям, воспитывающим детей.

**Результаты.** СОРЗ составляют Кабинеты в поликлиниках или Центры охраны репродуктивного здоровья (ЦОРЗ). Выбор формы в значительной степени базируется на численности детей и предпочтениях руководителей районных органов управления.

Укомплектованность штатов СОРЗ в районах — 80,6–97,0%, при этом физическими лицами — 64,4–79,0%. Доля выявленной патологии в ходе ПМО в 2021 г. в районах варьировала от крайне низкой (2,7–5,3%) до высокой (22,4–26,1%), в 2022 г. разброс несколько сократился — от 5,6–7,3 до 22,0–23,3%.

В качестве важных причин столь явных различий следует назвать высокую нагрузку на врача и участие в ПМО недавно принятых на работу специалистов, которые не в полной мере понимают задачи детской системы охраны репродуктивного здоровья и знают требования к ПМО несовершеннолетних.

Другими причинами может быть форма организации службы — Кабинет или ЦОРЗ. Нельзя исключить явной гипо- и гипердиагностики. Вряд ли будут вызывать доверие показатели выявленных заболеваний на ПМО в одном и том же районе, когда доля девочек с выявленными нарушениями в смежные годы колебалась от 22,9 до 3,3% или от 30,3 до 13,0%.

**Заключение.** Доля выявленных нарушений на ПМО значительно варьировала в районах города. Различия в значительной степени можно связать с формой организации СОРЗ. ЦОРЗ показали преимущества перед самостоятельными кабинетами детских врачей акушера-гинеколога или уролога-андролога для несовершеннолетних. Причинами низкой эффективности профилактических медицинских осмотров могут быть высокая нагрузка врачей, отсутствие методической поддержки и недостаточный опыт специалистов в работе с несовершеннолетними.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОЦЕССА ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ БЕРЕЖЛИВОГО УПРАВЛЕНИЯ**

**Орел В.И., Смирнова В.И., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л.,  
Булдакова Т.И., Орел В.В., Емельянова И.Н., Разгуляева Д.Н.,  
Суренкова И.Н., Каканов А.М., Ченцов Д.В.**

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

**Актуальность.** Выявленная тенденция к росту заболеваемости болезнями глаз и их придаточного аппарата у детей свидетельствует о необходимости совершенствования процесса организации лечебно-диагностических мероприятий с применением бережливых технологий.

**Цель исследования.** Выявить временные потери в процессе организации оказания медицинской помощи детям с офтальмологической патологией в детской поликлинике Санкт-Петербурга.

**Пациенты и методы.** В ходе проведенного исследования были выявлены организационные проблемы: неудовлетворенность пациентов доступностью офтальмологической помощи, трудности записи на прием к врачу-офтальмологу, длительное время ожидания приема с целью подтверждения офтальмологического заболевания, выявленного при профилактическом медицинском осмотре. Для анализа выявленных проблем применялась методология Six Sigma с использованием цикла DMAIC.

**Результаты.** По результатам анализа выявленных проблем и устранения причинно-следственных связей коренных причин были реализованы следующие мероприятия: создано офтальмологическое отделение; организована работа офтальмологического отделения в 2 смены (с 8:00 до 20:00); введена 100% электронная запись в офтальмологическое отделение на углубленную диагностику, лечение, реабилитацию; сокращены сроки ожидания медицинской помощи с 44 дней до 5 дней; увеличена пропускная способность лечебных кабинетов с 15 человек до 50 человек в смену; организовано дистанционное взаимодействие с СПб ГБУЗ ДЦ № 7 (глазной) с применением телемедицинских консультаций; организована возможность электронной передачи заключений после проведенного лечения и постановки на диспансерный учет без посещения пациента; разработана стандартная операционная процедура «Действия медицинского персонала при оказании медицинской помощи детям с офтальмологической патологией»; увеличен охват диспансерным наблюдением пациентов с офтальмологической патологией с 40 до 100%. Для оценки достигнутых результатов разработан регламент контроля.

**Заключение.** Таким образом, совершенствование процесса оказания медицинской помощи детям с офтальмологической патологией на принципах бережливого управления позволило повысить доступность, качество и удовлетворенность пациентов и их законных представителей медицинской помощью, расширить спектр диагностических исследований органов зрения и улучшить показатели состояния здоровья.

## НЕОБХОДИМОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Орлова Е.В., Юнак Л.Н., Астен А.А., Маслова А.М., Гасанова Ш.А., Годованая Г.В., Зайцева М.В.

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

**Актуальность.** По данным ВОЗ, число речевых расстройств растет, в то время как речь является одной из основных характеристик психического развития ребенка. В связи с этим важна своевременная профилактика с целью предупреждения нервно-психических отклонений в состоянии здоровья.

**Цель исследования.** Проанализировать своевременность и слабые стороны диагностики задержки психоречевого развития детей дошкольного возраста.

**Пациенты и методы.** В дневном стационаре медицинской реабилитации ГБУ РО «ОДКБ» за период с января по июнь обследованы и получали лечение 200 детей от 3 до 5 лет с задержкой темпов развития, ориентировочно-познавательной деятельности и общим недоразвитием речи I–III уровня. Проводились осмотр невролога (сбор данных анамнеза — учитывались первое обращение к неврологу с жалобами на задержку темпов речевого развития и перинатальный анамнез), психологическое и логопедическое консультирование с использованием классификации по Р.Е. Левиной.

**Результаты.** По данным анамнеза, истории развития детей установлено, что впервые с жалобами на задержку темпов развития речи родители обращались к неврологу г. Ростова-на-Дону, как правило, в 2–2,5 года, а из районов Ростовской области — в 3–3,5 года. На втором году жизни происходит активное формирование ориентировочно-познавательной сферы и речи, коммуникативных навыков. Однако часть родителей не обращала внимания на особенности развития психики и речи у детей, и только в 2 года на плановом приеме у невролога, педиатра и психиатра специалистами были выявлены отклонения. Определялись отставание в игровой и подражательной деятельности, сенсорном развитии, что в будущем без должной коррекции и наблюдения приведет к нарушениям восприятия, внимания, памяти и мыслительной деятельности, школьных навыков. У обследованных детей выявлены ОНР 1-го уровня — у 24% (48 детей), ОНР 2-го уровня — у 24% (48 детей), ОНР 3-го уровня — у 50% (25%), задержка темпов формирования психоречевого развития — у 23% (46 детей), особенности коммуникативных навыков аутистического спектра — у 4% (8 детей). Также у большинства детей отмечались повышенная раздражительность, импульсивность, негативные вспышки при неудачах.

**Заключение.** На основании проведенного исследования выявлена поздняя диагностика нарушений психики и речи, особенно у детей, проживающих в отдаленных районах области. Это связано с дефицитом специалистов на местах в сельской местности, а также с низкой осведомленностью родителей по данному вопросу, недооценкой важности раннего выявления нарушений речи.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РЕБЕНКА С СЕМЕЙНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА IV ТИПА

Осоткина Е.Д., Шайтарова А.В.

ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 8», Тюмень, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** Эндокринная артериальная гипертензия относится к вторичным АГ, частота которых составляет 15% случаев в общей популяции. Вторичные АГ у детей встречаются значительно чаще, чем у взрослых, а в раннем и младшем школьном возрасте — преобладают. Первичный гиперальдостеронизм (ПГА) является наиболее распространенной причиной эндокринной артериальной гипертензии у детей.

**Цель исследования.** Представить клинический случай вторичной артериальной гипертензии, обусловленной редкой формой семейного гиперальдостеронизма у пациентки 10 лет.

**Пациенты и методы.** Анализ клинического случая и первичной медицинской документации. Использовались клинические, лабораторные, инструментальные (эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления (АД), ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) органов брюшинного пространства, молекулярно-генетическое исследование (полноэкзомное секвенирование)) методы исследования.

**Результаты.** С 7 лет у пациентки зафиксированы эпизоды повышения АД до 130/85 мм рт. ст. Сопутствующие заболевания: генетическая фокальная эпилепсия (по результатам полноэкзомного секвенирования выявлены нуклеотидные замены в генах в гетерозиготном состоянии: *SACNA1H* (у матери выявлен данный вариант, страдает эпилепсией и АГ), *SACNA1D* (данный вариант выявлен у отца, страдает АГ); ВПС: ДМПП, НК0; двусторонний медулярный нефрокальциноз 2-й ст., ХБП 2. При обследовании электролитных нарушений обнаружено не было (калий — 4,7–5,3 ммоль/л, натрий — 136–139 ммоль/л). Альдостерон — 177,52 пг/мл (в положении сидя), ренин — 20,39 мкМЕ/мл. ЭКГ — легкая синусовая тахикардия с ЧСС 94 уд./мин. До гипотензивной терапии по данным СМАД — стабильное повышение САД (*тах* 159 мм рт. ст.). На фоне приема эналаприла 2,5 мг/сут и спиронолактона 25 мг/сут отмечается стабильная компенсация АГ. ЭхоКГ: аневризматическое изгибание и ДМПП 4,2 мм со сбросом слева. УЗИ почек: эхографические признаки диффузных изменений паренхимы почек. МРТ брюшинного пространства: патологии надпочечников не выявлено, кисты почек.

**Заключение.** В данном клиническом случае редкая форма ПГА представлена типичными клиническими проявлениями. Однако не выявлены все характерные лабораторные признаки. Нормальный уровень калиемии у пациентов с АГ не исключает ПГА и требует проведения скрининга. У пациентов с дебютом АГ до 20 лет и отягощенной наследственностью по ПГА для верификации моногенных форм ПГА требуется проведение молекулярно-генетического тестирования.



## ШАНСЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПО ДАННЫМ ЖАЛОБ И ОЦЕНКИ ОБЪЕКТИВНОГО СТАТУСА

Отто Н.Ю.<sup>1</sup>, Джумагазиев А.А.<sup>1</sup>, Шилина Н.М.<sup>2</sup>, Безрукова Д.А.<sup>1</sup>,  
Сосиновская Е.В.<sup>1</sup>, Филипчук А.В.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> ФГБУН «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва  
Российская Федерация

**Актуальность.** Конституционально-экзогенное ожирение (КЭО) сопровождается симптомами, снижающими качество жизни. Расчет отношения шансов позволит сравнить группы детей ожирения и контроля по частоте регистрации этих симптомов во взаимосвязи с фактором риска.

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ группы детей с ожирением и контроля по частоте регистрации отдельных симптомов во взаимосвязи «фактор риска — КЭО» и рассчитать отношение шансов.

**Пациенты и методы.** Проведены изучение медицинской документации и осмотр 186 детей с КЭО (медиана возраста — 13 [*min* — 3,9; *max* — 17] лет) и 186 детей группы контроля (14 [1,5; 17] лет). Для определения сравнительных рисков развития состояний, ассоциированных с ожирением, использовался метод расчета отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ) (ОШ > 1,0 указывало на наличие риска появления того или иного признака при условии, что 95% ДИ не содержит 1).

**Результаты.** Исследование показало, что шансы выявить жалобы на головную боль ( $p = 0,0000000038$ ; ОШ = 3,86 [95% ДИ 2,43–6,11]), высокое артериальное давление ( $p = 0$ ; ОШ = 25,03 [95% ДИ 8,89–70,47]), нарушение менструального цикла ( $p = 0,002$ ; ОШ = 6,33 [95% ДИ 1,74–23,11]) у детей с ожирением значительно выше, чем без ожирения. КЭО ассоциирует с жалобами на повышенный аппетит ( $p = 0,000134$ ; ОШ = 10,47 [95% ДИ 2,4–45,62]), быстрый прирост массы тела ( $p = 0,00000106$ ; ОШ = 28,73 [95% ДИ 3,85–214,39]), высокие темпы физического развития с рождения ( $p = 0,0000000001$ ; ОШ = 64,35 [95% ДИ 8,77–471,94]). У детей с КЭО выше шансы обнаружить при осмотре артериальную гипертензию ( $p = 0,0000000001$ ; ОШ = 28,51 [95% ДИ 6,8–119,59]), гипогенитализм (мальчики) ( $p = 0,0001104$ ; ОШ = 19,82 [95% ДИ 2,62–150,1]) и нарушения со стороны кожи. К ним относятся стрии ( $p = 0$ ; ОШ = 55,52 [95% ДИ 13,36–230,76]), нарушения микроциркуляции участков кожи (цианоз, мраморность в области ягодиц и бедер) ( $p = 0,000412$ ; ОШ = 9,25 [95% ДИ 2,11–40,65]), фолликулярный кератоз ( $p = 0,0000624$ ; ОШ = 19,82 [95% ДИ 2,62–150,1]).

**Заключение.** Шансы обнаружения таких жалоб, как головная боль, высокое артериальное давление, нарушение менструального цикла, повышенный аппетит, быстрая прибавка массы, высокие темпы физического развития, начиная с рождения, и таких клинических симптомов, как артериальная гипертензия, гипогенитализм, трофические нарушения кожи, достоверно ассоциируют с КЭО.

## НЕСОВЕРШЕННЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ: ВОСЬМИЛЕТНИЙ КАТАМНЕЗ

Палий М.М., Шайтарова А.В., Храмова Е.Б.

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

**Актуальность.** Несовершенный остеогенез является клинически неоднородным наследственным заболеванием соединительной ткани, которое характеризуется предрасположенностью к переломам и деформациям скелета в течение всей жизни. Прогноз заболевания и качество жизни пациента в значительной степени зависят от типа болезни, количества переломов костей и степени тяжести симптомов, а также от своевременной диагностики и последующей терапии.

**Цель исследования.** Представление клинического случая несовершенного остеогенеза (НО), обусловленного дефектом гена *COL1A2*.

**Пациенты и методы.** Анализ клинического случая и первичной медицинской документации. Пациентка, 9 лет. SDS роста — 2,45 SD. Фенотипические особенности: голубые склеры, деформации локтевых и голеностопных суставов, стоп. У матери диагноз «несовершенный остеогенез» установлен клинически. Использовались клинические, лабораторные, инструментальные (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DEXA)), молекулярно-генетические методы исследования (полноэкзомное секвенирование).

**Результаты.** Ребенок от повторной осложненной беременности (остеопороз тяжелой степени, сколиоз 2-й степени, поперечно суженный таз). Роды плановые оперативные, антропометрические показатели при рождении соответствовали сроку гестации. С 1 года до 5 лет у пациентки было зафиксировано 7 переломов, в том числе компрессионный перелом грудных позвонков. Диагноз «несовершенный остеогенез» установлен клинически в возрасте года. В 6 лет подтвержден результатами молекулярно-генетического обследования: выявлена нуклеотидная замена в *COL1A2* — вариант chr7:94037553G>A в гетерозиготном состоянии. В этом же возрасте инициирована курсовая терапия бисфосфонатами. До лечения по результатам DEXA: z-score в L1 и L3 — -2,7 SD. На фоне терапии прекратились переломы, показатели МПКТ пришли в норму, z-score в L1 и L3 составил -1,8 SD. В возрасте 8 лет пациентке была рекомендована отмена терапии бисфосфонатами в связи с нормализацией показателей МПКТ. После отмены терапии в течение 1 года отмечалось 3 перелома с необходимостью оперативного вмешательства. Терапия бисфосфонатами возобновлена в прежней курсовой дозе.

**Заключение.** Данный клинический случай демонстрирует типичные признаки заболевания: низкотравматичные переломы, деформации скелета, голубые склеры, положительная динамика на фоне терапии бисфосфонатами. Прекращение терапии бисфосфонатами после нормализации показателей МПКТ привело к возобновлению переломов. В соответствии с КР при достижении z-score > -2,0 SD требуется продолжение терапии бисфосфонатами 50% курсовой дозой от исходной, кратностью 1 раз в 6 мес.



## ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Панкратова П.А., Лисовский О.В., Лисица И.А., Близнякова Д.С.

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

**Актуальность.** В подростковом возрасте происходит активное становление личности. Изменение условий среды — поступление в университет, смена места жительства — может негативно сказываться на механизмах адаптации и приводить к развитию различных психосоматических заболеваний, в том числе расстройств пищевого поведения.

**Цель исследования.** Оценить распространенность нарушений пищевого поведения среди студентов первого курса.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование студентов первого курса педиатрического и лечебного факультетов. В анкету были включены вопросы о росте, весе, возрасте опрошенных, а также опросник «Шкала оценки пищевого поведения». В шкалу входило 7 субшкал, которые оценивались по 9 в зависимости от размера баллов.

**Результаты.** Среди опрошенных 14 юношей, 39 девушек. Рост —  $170,1 \pm 8,8$  см, масса тела —  $61,8 \pm 14,3$  кг, возраст —  $18,0 \pm 1,2$ . При оценке опросника выявлено: средний балл в 1-й субшкале, отражающей стремление к худобе, составил  $2,69 \pm 3,36$ , это соответствует 5-му стенойну и выявлено у 9 (17%) опрошенных. Среднее значение во 2-й субшкале (булемия) —  $2,51 \pm 4,4$ , что соответствует 6-му стенойну, — 5 (9,4%) опрошенных. В 3-й субшкале (неудовлетворенность телом) среднее значение составило  $4,44 \pm 3,69$ , что соответствует 5-му стенойну, — 33 (62,3%) респондента. Средний балл в 4-й субшкале (неэффективность) —  $2,85 \pm 3,72$  соответствует 5-му стенойну — 18 (34%) человек. В 5-й субшкале (перфекционизм) средний балл —  $6,62 \pm 3,47$  — 6-й стенойн — 19 (35,8%) студентов. Среднее значение в 6-й субшкале (недоверие в межличностных отношениях) —  $4,02 \pm 2,56$  — 6-й стенойн — 20 (37,7%) человек. И в 7-й субшкале (интерцептивная некомпетентность) — 6-й стенойн, средний балл —  $3,36 \pm 3,77$  — 13 (24,5%) студентов.

Таким образом, максимально высокие показатели с высоким значением встречаемости отмечались в следующих субшкалах: неудовлетворенность собственным телом — 33 человека, недоверие в межличностных отношениях — 20 человек, перфекционизм — 19 человек. В остальных шкалах показатели соответствовали низкой выраженности признака.

**Заключение.** Студенты первого курса предъявляют высокие требования как к себе, так и к окружающим людям, что может способствовать развитию нарушений пищевого поведения.

## СЛУЧАИ ПОЗДНЕЙ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ГИПОХОНДРОПАЗИЯ»

Пашук С.Н., Гусина А.А., Медведева Н.Н., Кулак В.Д., Прибушена О.В.

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

**Актуальность.** Ахондроплазия (АХ) и гипохондроплазия (ГХ) — наследственные системные скелетные дисплазии (ССД) с аутосомно-доминантным типом наследования, характеризующиеся определенным сходством клинических проявлений, причиной возникновения которых являются различные патогенные варианты в одном каузативном гене рецептора фактора роста фибробластов (*FGFR3*).

**Цель исследования.** Молекулярно-генетическая верификация клинического диагноза у пациентов с фенотипическими признаками АХ.

**Пациенты и методы.** Для проведения молекулярно-генетического исследования использованы образцы ДНК трех пациентов, двое из которых — члены одной семьи. ДНК выделена из лейкоцитов методом солевой экстракции с использованием стандартных протоколов. Анализ нуклеотидной последовательности горячих точек гена *FGFR3* (экзоны 7, 10, 13, 15) проведен методом прямого секвенирования.

**Результаты.** Случай 1. Пробанд — мальчик, возраст — 9 лет. Родился в срок с нормальными показателями массы и длины тела от фенотипически здоровых родителей. Укорочение конечностей отмечено при рождении. В возрасте 5 мес пробанду проведено молекулярно-генетическое исследование с целью обнаружения мажорной мутации с.1138G>A (р.Gly380Arg) в экзоне 10 гена *FGFR3*, выявляемой в 90% случаев у пациентов с АХ, однако указанной мутации у пробанда обнаружено не было. По данным клинического осмотра: психомоторное развитие соответствует возрасту, низкий рост, диспропорциональное телосложение за счет укорочения верхних и нижних конечностей, больше проксимальных отделов; голова с выступающими лобными и теменными буграми, утолщение в области лучезапястных суставов, легкая варусная деформация нижних конечностей. Клинический диагноз: ССД.

В дальнейшем, по мере роста ребенка, рассматривались различные нозологические формы заболевания. Предполагаемыми клиническими диагнозами были эпиметафизарная дисплазия, псевдоахондроплазия, АХ. Установить точную нозологическую форму заболевания в данном случае удалось лишь к 9-летнему возрасту пациента, когда нами было проведено повторное молекулярно-генетическое исследование — секвенирование по Сенгеру экзонов 7, 10, 13 и 15 гена *FGFR3*, по результатам которого у пробанда была выявлена частая мутация с.1620C>A (р.Asn540Lys) в экзоне 13 гена *FGFR3* в гетерозиготном состоянии, ассоциированная с ГХ.

Случай 2. Пробанд женского пола, возраст — 31 год, клинический диагноз: псевдоахондроплазия, беременность со сроком гестации 21 нед 4 дня. Обратилась за консультацией к врачу-генетику по поводу предполагаемого диагноза ССД у внутриутробного ребенка. Брак первый, не родственник, супруг фенотипически здоров.

По данным клинического осмотра у женщины выявлены макроцефалия, лицевые дисморфии, диспропорциональное телосложение, низкорослость, поясничный гиперлордоз, левосторонний сколиоз поясничного отдела позвоночника с ротацией тел позвонков, дисплазия тазобедренных суставов, грудная клетка бочкообразной формы. Верхние конечности укорочены по ризомелическому типу, гипермобильность лучезапястных суставов, тугоподвижность локтевых суставов, маленькая кисть по типу трезубца, брахидактилия. Нижние конечности укорочены, пассивные движения во всех суставах не затруднены.

По результатам пренатального УЗИ внутриутробному ребенку пробанда был поставлен диагноз ССД. При рождении у ребенка отмечались фенотипические признаки, аналогичные таковым у матери. Клинический диагноз ССД: АХ? ГХ? Пробанду и ее сыну было проведено молекулярно-генетическое исследование, по результатам которого в обоих исследуемых образцах ДНК была выявлена редкая мутация с.833A>G (р.Tyr278Cys) в экзоне 7 гена *FGFR3* в гетерозиготном состоянии, ассоциированная с ГХ.

**Заключение.** Как показывают приведенные нами случаи, точно определить нозологическую форму заболевания весьма затруднительно ввиду схожести фенотипических признаков у пациентов с АХ и ГХ. Проведение молекулярно-генетического исследования является важным вспомогательным методом верификации диагноза. При последующей беременности женщине (случай 2) проведена молекулярно-генетическая диагностика ГХ, позволившая исключить диагноз ГХ. Беременность завершилась родами здоровым ребенком.

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭКГ-ДИАГНОСТИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИЕЙ В АНАМНЕЗЕ

Перцев М.Н., Сенкевич О.А., Плотоненко З.А., Нежданова С.Ю.

*ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет  
Минздрава России, Хабаровск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Одной из актуальных медико-социальных проблем в настоящее время является влияние антенатальной гипоксии на состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) новорожденного. Метод электрокардиографии является наиболее доступным и универсальным инструментом для диагностики гипоксического поражения ССС у новорожденного.

**Цель исследования.** Выявление наиболее значимых параметров электрокардиографии для диагностики поражения ССС у новорожденных детей с внутриутробной гипоксией в анамнезе.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 40 пациентов, у которых период новорожденности протекал на фоне антенатальной гипоксии. Критерии включения в исследование: срок гестации 37–41 нед беременности, срочные роды через естественные родовые пути, установленный при беременности диагноз «хроническая гипоксия плода». В исследование не включались дети с преждевременным сроком рождения, проявлениями асфиксии при рождении, инфекционными заболеваниями, тяжелыми состояниями при рождении, вызванными любыми причинами. Полученные данные ЭКГ сравнивались с результатами, полученными у 30 условно здоровых новорожденных детей, родившихся без антенатальной гипоксии. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 и Microsoft Office Excel.

**Результаты.** В результате исследования было установлено, что у детей с внутриутробной гипоксией в анамнезе в 45% случаев была установлена синусовая тахикардия с ЧСС в среднем  $178 \pm 15$  уд./мин, в то время как в контрольной группе ЧСС соответствовала возрастной норме ( $146 \pm 20$ ). Продолжительность интервала PQ у детей в основной группе составила в среднем 95 мс, что может расцениваться как тенденция к увеличению, так как в группе контроля этот показатель в среднем — 75 мс. Обращает на себя внимание прогрессирующее увеличение интервала QTc, рассчитанного по формуле Базетта, который у детей с антенатальной гипоксией в 73% случаев составил около  $430 \pm 15$  мс. Данный показатель находится в пограничной зоне. Доказано, что превышение QTc более 440 мс является прогностическим неблагоприятным фактором развития синдрома внезапной смерти у детей на первом году жизни. В контрольной группе показатель QTc не превышал  $380 \pm 10$  мс. У каждого второго ребенка с антенатальной гипоксией в анамнезе регистрировались диффузные вторичные обменно-гипоксические изменения в миокарде (53,6%); гипертрофия миокарда (53,3%); усиленные биопотенциалы миокарда от правого и левого желудочка (49,6%); выраженная перегрузка обоих предсердий (43,3%).

**Заключение.** Электрокардиограмма у детей с внутриутробной гипоксией в анамнезе имеет ряд характерных особенностей. Однако данное доступное и универсальное обследование должно использоваться в комплексе с другими инструментальными и лабораторными методами для более достоверной оценки состояния ССС у данной группы пациентов.

## ЭЛАСТОГРАФИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПЕЧЕНИ

Пигаева А.Н., Христофорова Т.И., Скворцова А.Г., Рябухина О.В.

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

**Актуальность.** Заболевания печени и желчевыводящих путей в структуре госпитализированной заболеваемости желудочно-кишечного тракта занимают 50–60%. Лабораторные показатели не всегда характеризуют степень поражения и плотность печени. Для правильного подбора терапии и определения прогноза в детской практике нужны более современные нетравматичные методы исследования.

**Цель исследования.** Определение плотности печени при функциональных и воспалительных заболеваниях гепатобилиарной системы.

**Пациенты и методы.** Нами проанализированы эластограммы 57 детей с различной патологией гепатобилиарной системы. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-я — дети первых 2 мес жизни с нарушением билирубинового обмена по типу конъюгационных желтух, прегнановой желтухи ( $n = 25$ ), 2-я — дети с воспалительными заболеваниями печени ( $n = 17$ ), 3-я — дети с дисфункцией билиарного тракта ( $n = 17$ ). Из всех групп исключены дети с недостаточностью кровообращения. Всего пациентов до 1 года было 47, от 1 до 3 лет — 7, старше 3 лет — 3. Эластография сдвиговой волной проводилась с набором мультимодальных датчиков GE LOGIQ S8 до приема пищи (до очередного приема пищи за 2–3 ч), длительность процедуры — 10–15 мин, в ходе которой исследовались печеночные ткани, обладающие эластичностью, преимущественно в правой доле — в V–VII сегментах печени, по межреберным промежуткам и II–III сегменты левой доли. Глубина исследования: 1–2 см от капсулы печени и 3–5 см от поверхности датчика (в зависимости от возраста). Исследование выполнялось в бессосудистом участке печени. Отчет проводился по результатам измерений в 10 областях (коэффициент варируемости не превышал 20%) и выражался в кПа в соответствии со шкалой METAVIR: F0 — 6,47 и меньше — фиброз отсутствует; F1 — 6,48–6,59 — начальная степень фиброза; F2 — 6,6–8,06 — невыраженный фиброз; F3 — 8,07–9,30 — выраженный фиброз; F4 — 9,31 и более — цирроз.

**Результаты.** В 1-й группе детей показатели эластограммы не превышали 6,47 кПа, что соответствовало показателям здоровой печени. Во 2-й группе у 11 пациентов показатели находились в пределах менее 5,8 кПа, у 2 детей — в пределах 6,6–8,06 кПа, у 4 детей — 8,07–9,30 кПа. В 3-й группе у всех детей упругость паренхимы составила менее 6,47 кПа.

**Заключение.** Эластография печени — нетравматичная методика, позволяющая определить упругость паренхимы, особенно актуальна для детей, так как лабораторно определить плотность печени не всегда представляется возможным. При функциональных заболеваниях печени и желчевыводящих путей, преобладающих в структуре заболеваемости пищеварительного тракта у детей, плотность печени не нарушается и показатели эластометрии соответствуют здоровой ткани печени — меньше 6,47 кПа по шкале METAVIR. Минимальные фиброзные изменения печени регистрируются при показателях эластографии выше 6,48 кПа и наблюдаются при воспалительных заболеваниях печени.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДРОСТКОВ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА

Поддубный И.В., Алиева Э.И., Сытьков В.В., Козлов М.Ю., Цаца М.В.,  
Магер А.О.

*ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России», Москва, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Известно, что в последние годы в детской популяции отмечается тенденция к неуклонному росту заболеваемости воспалительными болезнями кишечника (в том числе и болезнью Крона (БК)). В 30–50% наблюдений заболевание диагностируется в детском и/или подростковом возрасте, и в течение жизни до 90% пациентов переносят одну или несколько операций. Активно обсуждаются варианты оптимальных хирургических методов лечения у детей с БК. Лапароскопические операции при стенозирующих формах заболевания остаются «золотым стандартом» коррекции возникших осложнений.

**Цель исследования.** Представить собственный опыт плановых лапароскопических резекций у подростков со стенозирующей формой БК.

**Пациенты и методы.** На базе Центра ВЗК ФНКЦ детей и подростков ФМБА России за период с 2021 по 2023 г. 14 детям со стенозирующей БК были выполнены плановые лапароскопические вмешательства. Средний возраст детей на момент операции составил 15 лет. Мальчиков было 8, девочек — 6. Продолжительность заболевания в среднем составила 3–3,5 года, у 3 пациентов — менее года.

Пациенты до оперативного лечения получали комплексную консервативную терапию, 10 пациентов находились на биологической терапии (препараты анти-TNF- $\alpha$ ). На фоне консервативной терапии у большинства больных отмечалось клиническое улучшение, стихание воспалительной активности при эндоскопическом исследовании. Показаниями к операции были стриктуры тонкой и толстой кишки с наличием симптомов хронической частичной кишечной непроходимости, межкишечные свищи и хроническая нутритивная недостаточность на фоне проводимой терапии. Выполнены различные варианты лапароскопических операций: илеоцекальная резекция, резекции тонкой и толстой кишки с аппаратным анастомозом «бок-в-бок», резекция прямой кишки с наложением ручного низкого колоректального анастомоза, субтотальная колэктомия с наложением аппаратного илеоректального анастомоза «конец-в-конец».

**Результаты.** Среднее время операции составило 120 мин. Конверсий не было. В послеоперационном периоде в представленной группе осложнений не отмечалось. После операции всем детям проводилась противорецидивная терапия. Длительность послеоперационной госпитализации составила от 6 до 10 сут.

**Заключение.** Лечение детей со стенозирующей формой болезни Крона необходимо проводить только в условиях специализированного центра, что требует междисциплинарного подхода с участием врача-гастроэнтеролога, хирурга, эндоскописта, диетолога, специалиста лучевой диагностики. При правильном отборе пациентов и определении оптимальных сроков для оперативного вмешательства лапароскопическая методика позволяет эффективно и безопасно проводить резекцию и восстановление непрерывности кишечника при любых локализациях и протяженности стриктур. Наложение аппаратного анастомоза по типу «бок-в-бок» обеспечивает профилактику непроходимости в ранние и поздние сроки после операции.



## НЕОНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У ДЕТЕЙ

Полянская Е.Г., Султыгова Л.А., Васильева Е.С.

ФГАУ НМИЦ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова  
Минздрава России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Наследственная этиология заболевания органа зрения является причиной слепоты в 42–84% случаев, в связи с этим ранняя диагностика приобретает в офтальмологии все большее значение.

**Цель исследования.** Изучить клинико-функциональные особенности глаз у детей с врожденными пороками развития глазного яблока, определить дальнейшую тактику лечения и прогноз заболевания.

**Пациенты и методы.** Обследованы 54 ребенка в возрасте до 1 мес жизни с врожденными аномалиями глазного яблока. Всем детям проводилось комплексное диагностическое обследование в условиях операционной под масочным севорановым наркозом. Помимо стандартных методик, дополнительно проводились ультразвуковые методы диагностики. При оценке состояния заднего отрезка глаза использовали педиатрическую ретинальную камеру RetCam-3.

**Результаты.** У 12 пациентов выявлена катаракта, из них 2 ребенка с подтвержденной хромосомной аномалией (синдром Дауна). У 15% обследуемых детей выявлена колобома радужки и хориоидеи, из них у 4 детей данная аномалия сочеталась с микрофтальмом. Врожденная глаукома выявлена у 7 детей, что потребовало срочной хирургии. У 2 детей выявлены измененные цилиарные отростки в сочетании с микро-сферофакией и микрофтальмом. В 1 случае выявлен синдром Блоха – Сульцбергера, который проявлялся частичным помутнением хрусталиков, ретролентарной фиброплазией. У 3 детей выявлена аномалия Петерса. При обследовании по поводу врожденного помутнения роговицы у 3 пациентов выявлена эндотелиальная форма помутнения, у 4 детей — двусторонняя склерокорнеа и у 2 пациентов обнаружено помутнение роговицы в сочетании с колоболом радужки. Врожденная аниридия обнаружена у 5 детей, из них у 1 ребенка сочеталась с передним микрофтальмом 3-й степени и катарактой. У 7 детей выявлена сочетанная аномалия, проявляющаяся нистагмом, микрофтальмом, катарактой, персистирующим стекловидным телом и частичной атрофией зрительного нерва.

**Заключение.** Проведение комплексного раннего клинико-функционального обследования в сочетании с инструментальными методами исследования позволяет выявить врожденную аномалию глазного яблока в полном объеме и провести своевременное хирургическое лечение. Целесообразно в случаях сочетанной патологии проводить генетическое консультирование для оценки прогноза заболевания и определения сроков хирургического вмешательства.



## КАРДИОВЕГЕТАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Пономарева Д.А., Самойлова Ю.Г., Матвеева М.В., Ермолаева Ю.А.,  
Нагаева Т.А., Басарева Н.И., Рейм А.С.

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

**Актуальность.** SARS-CoV-2 продолжает вызывать подъемы уровня заболеваемости и приводить к полиорганному осложнению в виде постковидного синдрома (ПКС). Изучение кардиовегетативных проявлений ПКС у детей способствует повышению качества оказания медицинской помощи.

**Цель исследования.** Изучить особенности кардиовегетативных проявлений постковидного синдрома у пациентов школьного возраста, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19).

**Пациенты и методы.** В основную группу наблюдения вошли пациенты в возрасте от 7 до 17 лет ( $n = 45$ ) с ПКС, диагностированным после перенесенной легкой формы COVID-19, в группе сравнения — дети с неосложненной формой COVID-19 ( $n = 32$ ). Через 3–6 мес от начала заболевания выполнено клиническое исследование с проведением анкетирования по субъективной шкале оценки астении MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory-20), анализа ЭКГ в 12 отведениях, стандартной ЭхоКГ, суточного мониторирования ЭКГ и артериального давления.

**Результаты.** Кардиовегетативные проявления у пациентов основной группы появились в течение месяца от начала заболевания COVID-19 и продолжались  $3,8 \pm 0,9$  мес до момента обследования. Результаты анкетирования по шкале оценки астении MFI-20 показали, что 69% обследуемых основной группы имели более 12 баллов по одной или нескольким субшкалам. Оценка параметров: общая астения — 14 [10; 16] баллов, пониженная активность — 12 [8; 14,5], физическая астения — 11 [9; 13], психическая астения — 12 [8; 13,5], снижение мотивации — 12 [8; 14] (при достигнутом уровне значимости различий  $p < 0,001$ ). Анализ ЭКГ показал наличие синдрома аритмии и нарушения проводимости у большинства (71%) пациентов основной группы. Достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) регистрируется синусовая аритмия (60% пациентов), тахикардия (17,8%), брадикардия (13,3%), экстрасистолия (6,6%). Нарушения процессов реполяризации отмечались у 44,4% пациентов, внутрижелудочковой проводимости — у 37,8% пациентов. В основной группе выявлено увеличение скорректированного интервала QT ( $413,2 \pm 6,8$  мс), снижение отношения  $TrTe$  к скорректированному QT максимальному ( $0,19 \pm 0,01$ ) по сравнению с группой контроля ( $p < 0,001$ ). Лабильная артериальная гипертензия или гипотензия выявлены у 6,7 и 11,1% детей соответственно.

**Заключение.** Кардиовегетативные проявления ПКС у детей и подростков в виде астеновегетативного синдрома, артериальной гипертензии или гипотензии, нарушений ритма сердца сохраняются более 3 мес и приводят к ухудшению качества жизни школьников. Изменения количественных параметров ЭКГ у пациентов с ПКС могут свидетельствовать о повышенном риске значимых аритмических событий. Полученные данные обосновывают необходимость проведения своевременной диагностики кардиальной симптоматики ПКС и динамического наблюдения пациентов с обязательным проведением контроля ЭКГ.

## ДЕФИЦИТ ПИРУВАТДЕГИДРОГЕНАЗНОГО КОМПЛЕКСА — РЕДКОЕ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У МАЛЬЧИКА

Порецкова Г.Ю., Калинина Е.А., Болгарова О.Г., Володина Н.А., Гайсин Ш.И., Бесчастная Е.О.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Самара, Российская Федерация  
ГБУЗ СО «СОКБ им. В.Д. Середавина», Самара, Российская Федерация

**Актуальность.** Пируватдегидрогеназа (E1) является одним из компонентов комплекса, который состоит из нескольких белковых молекул. Вторым компонентом комплекса является дигидролипоилтрансацилаза (E2), а третьим — дигидролипоилдегидрогеназа (E3). Функционирование этой системы зависит в том числе от достаточного поступления витамина B<sub>1</sub> (тиамина). При дефиците пируватдегидрогеназы из пирувата образуется лактат (молочная кислота), который при попадании в кровь изменяет метаболические процессы в тканях. Это орфанное заболевание с распространенностью менее 1 на 1 000 000, в связи с этим возникает сложность в диагностике данной патологии и ведении пациентов.

**Цель исследования.** Анализ течения нейрометаболического заболевания у мальчика — дефицит пируватдегидрогеназного комплекса.

**Пациенты и методы.** Мальчик А., родился в декабре 2022 г. от 2-й беременности, вторых срочных родов. Масса тела — 2970 г, длина — 50 см, оценка по шкале APGAR — 7/5 баллов. Поступил в отделение реанимации и интенсивной терапии ДРКБ г. Казани вследствие тяжелого состояния за счет неврологической симптоматики (вялый, рефлексы снижены, глаз не открывал, позднее — угнетение спонтанной двигательной активности, усиление тремора подбородка, глазодвигательные нарушения в виде нистагма), метаболических нарушений (гипераммониемия — до 121 мкмоль/л, гиперлактатемия — до 8,1 ммоль/л).

**Результаты.** При проведении экзомного секвенирования выявлен гомозиготный вариант нуклеотидной последовательности в гене *PDHA1* (X-19359612-C-E), приводящий к замене аминокислот 378 позиции белка (дефицит пируватдегидрогеназного комплекса E1 альфа). В возрасте 2 мес переведен в ГБУЗ «СОКБ им. Середавина», где в отделении интенсивной терапии и далее — паллиативной помощи начал получать кетогенную диету (высокожирная низкоуглеводная сухая смесь для энтерального питания), метаболическую терапию, в том числе витамин B<sub>1</sub> (300 мг/сут), что привело к снижению кетонов и лактата крови, улучшению неврологической симптоматики. Выписан домой с рекомендациями продолжить кетогенную диету, прием витамина B<sub>1</sub> в высоких дозах. Госпитализирован повторно в 6 мес с диагнозом: «Дефицит пируватдегидрогеназы E1 альфа. Белково-энергетическая недостаточность легкой степени. Задержка физического развития. Центральный тетрапарез, преимущественно правосторонний. Синдром инфантильных спазмов. Ротаторный нистагм». На фоне продолжающегося лечения в 9 мес отмечалась положительная неврологическая динамика. Голову удерживает не постоянно, есть слабая реакция зрительного и слухового сосредоточения. Нистагм отмечается периодически. Мышечная гипотония. Опора на ноги снижена.

**Заключение.** Таким образом, прогноз для жизни пациента на фоне проводимой терапии благоприятный. Отмечается значительная положительная динамика в нервно-психическом развитии. Следует отметить, что ранняя постановка диагноза и своевременно начатое лечение улучшают прогноз для пациентов с дефицитом пируватдегидрогеназного комплекса.

## УРОВНИ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ- ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Прищепенко О.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Витебск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Ключевой проблемой у новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией является точное определение степени тяжести поражения головного мозга вскоре после перинатального гипоксически-ишемического события. Это очень важно для выбора тактики лечения и прогноза.

**Цель исследования.** Изучение уровней нейроспецифических белков сыворотки крови у новорожденных детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией.

**Пациенты и методы.** Были обследованы 69 новорожденных, из которых были сформированы группы: 33 пациента с гипоксически-ишемической энцефалопатией в возрасте 5–10 дней жизни и 36 человек контрольной группы — условно здоровые новорожденные в возрасте 5–7 дней жизни. В качестве нейроспецифических белков выбрали нейронспецифическую енолазу (NSE), нейротрофический фактор головного мозга (BDNF) и белок S100B.

Исследование концентрации белков выполнялось методом ИФА. Статистическая обработка выполнялась с помощью ПО Statistica 10.

**Результаты.** Установлено статистически значимое повышение уровня нейронспецифической енолазы сыворотки крови у пациентов с гипоксически-ишемической энцефалопатией по сравнению с практически здоровыми новорожденными ( $p = 0,03$ ). NSE коррелировал с повышением уровня эозинофилов ( $r = 0,45, p < 0,05$ ), с уровнем АЛТ ( $r = 0,42, p < 0,05$ ), снижением парциального давления кислорода в крови ( $r = -0,53, p < 0,05$ ), был повышен у пациентов, которым потребовалась кислородотерапия, и зависел от  $FiO_2$  ( $r = 0,52, p < 0,05$ ).

У пациентов с гипоксически-ишемической энцефалопатией и группой сравнения статистически значимых различий уровней BDNF не было ( $p = 0,601$ ). BDNF коррелировал с уровнем NSE ( $r = 0,41, p < 0,05$ ), общего белка ( $r = -0,46, p < 0,05$ ) и калия ( $r = -0,55, p < 0,05$ ).

Было установлено, что у пациентов с гипоксически-ишемической энцефалопатией уровень белка S100B статистически значимо выше, чем в группе практически здоровых новорожденных ( $p < 0,001$ ).

S100B коррелировал с баллами по APGAR на 5-й мин ( $r = -0,38, p < 0,05$ ), с наличием предыдущих беременностей у матери ( $r = 0,44, p < 0,05$ ), наличием хронической гипоксии плода ( $r = 0,42, p < 0,05$ ), был повышен у пациентов, которым потребовалась кислородотерапия ( $r = 0,52, p < 0,05$ ), а также у новорожденных с судорожным синдромом ( $r = 0,39, p < 0,05$ ).

**Заключение.** Полученные данные могут свидетельствовать о том, что у пациентов с гипоксически-ишемической энцефалопатией имеются повреждения головного мозга. Нейроспецифические белки могут рассматриваться как перспективные лабораторные маркеры для диагностики повреждений головного мозга у новорожденных. Изучение нейроспецифических белков также дает дополнительные возможности для прогноза раннего и отдаленного развития детей, отбора групп риска по возникновению неврологических нарушений и впоследствии контроля за проводимой терапией.



## РОЛЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНОГО ТРАКТА В РАЗВИТИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Прокопьева В.Д., Федотова М.М., Куленич В.В., Петров В.А., Кутас У.В., Ровицкая В.А., Федорова О.С.

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Российская Федерация

**Актуальность.** Пищевая аллергия (ПА) является одной из основных проблем педиатрии. По данным эпидемиологических исследований выявлено, что микробиота кишечного тракта детей раннего возраста является ключевым фактором, определяющим здоровье детей в дальнейшей жизни.

**Цель исследования.** Установить распространенность пищевой аллергии у детей раннего возраста и роль микробиотических сообществ кишечного тракта в ее формировании.

**Пациенты и методы.** В рамках гранта РНФ № 22-25-00741 выполнено проспективное когортное исследование детей с отягощенным аллергологическим анамнезом ( $n = 151$ ) и без такового ( $n = 80$ ). Проспективное наблюдение — с рождения до 18 мес. Всем детям в 12 мес проведена оценка уровня специфического  $IgE \geq 0,35$  кЕдА/л к пищевым аллергенам в сыворотке крови и выполнено исследование микробиоты кишечного тракта. Секвенирование по фрагменту V4 16S рРНК (Illumina MiSeq). Статистический анализ: R.

**Результаты.** К возрасту 18 мес исследование завершили 206 участников — 89,1% от общего числа детей, включенных в исследование. Распространенность симптомов значительно увеличилась к возрасту 12 мес: в выборке 1–60 — 42,5%, в выборке 2–16 — 24,5% ( $p = 0,01$ ). В ходе контрольного визита установлен рост распространенности симптомов ПА: в выборке 1 на протяжении 18 мес проспективного наблюдения — 94 (66,6%), в выборке 2–19 (29,2%) ( $p < 0,01$ ). Распространенность подтвержденной ПА в возрасте 18 мес: в 1-й выборке данный показатель составил 22,2% ( $n = 24$ ), во 2-й выборке — 11,9% ( $n = 5$ ,  $p = 0,1$ ). Симптомы ПА ассоциированы со снижением представленности бактерий семейств *Alcaligenaceae* ( $p = 0,001$ ) и *Pseudomonadaceae* ( $p = 0,04$ ), а также *Achromobacter spanius* ( $p = 0,008$ ). Установлена ассоциация между развитием симптомов ПА и  $\beta$ -разнообразием микробиоты кишечного тракта ( $R^2 = 0,01$ ,  $p = 0,04$ ). Также установлено, что наличие домашних животных связано со снижением содержания бактерий рода *Bacteroides* ( $p < 0,05$ ) и уменьшением шансов на исход ПА у детей в возрасте 18 мес.

**Заключение.** В ходе проспективного наблюдения установлено, что ключевая роль в развитии ПА связана с изменениями микробиоты кишечного тракта и нарушением иммунной толерантности организма при воздействии ряда внешнесредовых факторов. Установлено, что у детей с симптомами ПА профиль микробиоты смещается в сторону снижения представленности условно-патогенных микроорганизмов, что приводит к нарушению барьерной функции ЖКТ и возможной дальнейшей сенсибилизации организма. Полученные результаты являются значимыми для разработки новых мер превентивной профилактики.

## ЗНАЧЕНИЕ МИКРОБИОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ КОГОРТНОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Прокопьева В.Д., Федотова М.М., Куленич В.В., Петров В.А., Кутас У.В.,  
Ровицкая В.А., Федорова О.С.

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Российская Федерация

**Актуальность.** Отмечается значительный рост распространенности пищевой аллергии (ПА), что представляет существенную проблему в педиатрии. В настоящее время ведущее значение в формировании аллергических заболеваний отводится факторам, модифицирующим микробиотический состав организма и окружающей среды.

**Цель исследования.** Установить клинико-эпидемиологическую характеристику пищевой аллергии у детей раннего возраста и роль микробиоты окружающей среды в ее формировании.

**Пациенты и методы.** Выполнено проспективное когортное исследование с участием детей с отягощенным аллергологическим анамнезом ( $n = 151$ ) (грант РФ № 22-25-00741). Проспективное наблюдение: с рождения до 18 мес. Проведены оценка уровня специфического IgE  $\geq 0,35$  кЕдА/л в сыворотке крови к пищевым аллергенам всем детям в 12 мес, исследование микробиоты жилых помещений. Секвенирование по фрагменту V4 16S рРНК (Illumina MiSeq). Статистический анализ: R.

**Результаты.** Распространенность подтвержденной ПА в возрасте 18 мес составила 22,2% у детей с отягощенным аллергоанамнезом. Подтвержденная ПА проявлялась в виде атопического дерматита в 100% случаев. Ведущие аллергены: куриное яйцо (14,8%), белок коровьего молока (12,9%), арахис (2,7%), пшеница (1,8%). У детей с подтвержденной ПА выше представленность бактерии семейства *Stenotrophomonas maltophilia* ( $p = 0,04$ ), а также бактерии рода *Methylobacterium* ( $p = 0,0003$ ) в образцах пыли помещений, где они проживают. При анализе микробиотических факторов окружающей среды установлено, что наличие сырости/плесени в жилом помещении связано с содержанием бактерии семейства *Peptostreptococcaceae* ( $p < 0,05$ ) и дальнейшим развитием симптомов ПА у детей в возрасте 12 мес. Согласно гигиенической гипотезе, снижение микробной нагрузки на организм способствует увеличению риска развития атопии. В ходе нашего исследования установлено, что наличие домашних животных и старшего брата и/или сестры позволяет снизить риск развития ПА у детей и связано с содержанием бактерий вида *Porphyromonas bennonis* и *Anaerococcus urinomassiliensis* ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, полученные данные указывают на то, что ПА является мультифакторным заболеванием, реализующимся при воздействии ряда внешнесредовых факторов. Также установлено, что у детей с подтвержденной ПА повышено содержание условно-патогенных микроорганизмов в образцах пыли помещения, где они проживают, что, в свою очередь, может быть направлено для разработки новых технологий превентивных мер, включающих коррекцию микробиоты жилых помещений пациентов из группы риска.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРЕЙ ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Просоедова Т.Ф., Баранова О.А., Логинова А.А., Бондарева Е.А.

ГБУЗ «СОДКБ им. Н.Н. Ивановой», Самара, Российская Федерация

**Актуальность.** Актуальность данной проблемы обусловлена прогрессирующим увеличением числа детей, рожденных раньше срока, и недостаточным развитием программ психологической помощи матерям на этапе женской консультации в связи с преждевременным рождением.

**Цель исследования.** Сравнить психоэмоциональное состояние матерей доношенных и недоношенных детей.

**Пациенты и методы.** Наблюдали 40 пар «мать – ребенок». Дети находились в ОПННД на стационарном лечении с диагнозом «инфекция специфическая для перинатального периода» (P36–P39). Была проведена оценка личностных особенностей, тревожности матерей недоношенных и доношенных детей путем анкетирования по шкале тревожности Цунгу. Группа 1 — 20 пар, где дети рождены в срок от 37 до 40 нед гестации. Группа 2 — 20 пар, где дети рождены в сроке от 27 до 36 нед гестации.

**Результаты.** На основании анализа акушерского анамнеза матерей, согласно данным выписки из родильного дома, среди матерей доношенных младенцев беременность чаще протекала с осложнениями ( $p < 0,05$ ), дети из 2-й группы чаще были первыми детьми в семье ( $p < 0,05$ ). На основании анкетирования матерей получены следующие данные: матери детей из 2-й группы чаще испытывали радость, узнав о беременности ( $p < 0,05$ ). Матери из 1-й группы были более огорчены от факта нахождения в стационаре с ребенком, а матери из 2-й группы чаще испытывали беспокойство за здоровье ребенка ( $p < 0,05$ ). При анализе шкалы тревоги матери доношенных детей (1-я группа) чаще испытывали легкое депрессивное расстройство ( $p < 0,05$ ) по сравнению с матерями недоношенных детей (2-я группа). Анализ шкалы тревожности — 1-я группа ( $n = 20$ ): нормальные показатели — 17, легкое депрессивное расстройство — 3, депрессивное расстройство средней степени тяжести — 0; 2-я группа ( $n = 20$ ): нормальные показатели — 18, легкое депрессивное расстройство — 1, депрессивное расстройство средней степени тяжести — 1.

**Заключение.** Существуют отличия в психоэмоциональном состоянии женщин, родивших доношенных и недоношенных детей. Женщины из 1-й группы чаще испытывали огорчение, а женщины из 2-й группы — беспокойство. У матерей из 1-й группы чаще встречались легкие депрессивные расстройства. Матери недоношенных детей испытывают стресс от факта рождения недоношенного ребенка и с терпением относятся к его болезни. Отношение матерей доношенных детей к болезни ребенка более эмоциональное, а болезнь воспринимается как разрушение надежд.



## АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ У ДЕТЕЙ: ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА?

Равская В.В., Парамонова Н.С., Хоха Р.Н., Трамбович Н.Ч.

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

**Актуальность.** Аллергический ринит (АР), достигающий по частоте от 10 до 40% является одним из заболеваний, представляющих определенный интерес для изучения его ассоциаций с нарушением физического развития (ФР). Исследования свидетельствуют о том, что в структуре нарушений ФР у детей с АР преобладает дисгармоничное ФР, ожирение / избыток массы тела ассоциированы с более высоким риском развития АР у детей.

**Цель исследования.** Оценить показатели ФР у детей с АР.

**Пациенты и методы.** Ретроспективное одномоментное одноцентровое исследование. Проанализировано 207 стационарных карт детей 5–17 лет (медианный возраст — 10,8 года). Произведены расчет индекса массы тела (ИМТ) и определение SDS (standard deviation score) ИМТ (SDSBMI) с помощью программы AnthroPlus в зависимости от возраста и пола ребенка. Критерии исключения: наличие сопутствующих хронических заболеваний, влияющих на ФР ребенка (соматотропная недостаточность, генетические синдромы, ДЦП, хронические заболевания в стадии декомпенсации и др.).

**Результаты.** Анализ гендерных различий показал, что из всех обследованных пациентов было 134 мальчика (64,7%) и 73 девочки (35,3%). В зависимости от степени тяжести АР пациенты распределились следующим образом: легкий АР — 138 детей (66,7%), из них мальчиков — 83 (60,1%), девочек — 55 (39,9%); среднетяжелый/тяжелый — 69 детей (33,3%), из них мальчиков — 51 (73,9%), девочек — 18 (26,1%). Анализ распределения детей с АР в соответствии с показателями SDS ИМТ показал, что 1/2 часть детей имела нормальные значения ИМТ — 105 детей (50,8%). 1/2 часть детей имела отклонения от нормальных показателей ИМТ: 51 ребенок с показателями ИМТ ниже нормы (24,6%) — дефицит и 51 (24,6%) ребенок (из них 26 детей с ожирением) с показателями ИМТ выше нормы — избыток/ожирение. Взаимосвязи отклонений ИМТ с полом у детей с АР не определялось, но была отмечена тенденция более частого выявления ожирения у мальчиков и дефицита массы тела у девочек. Анализ взаимосвязи избыточной массы тела / ожирения с атопией у детей с АР различной степени тяжести подтверждался ассоциацией показателей ИМТ выше нормы с повышенным уровнем общего IgE в периферической крови и эозинофилов в риноцитограмме. Анализ взаимосвязи дефицита массы тела с атопией у детей с АР различной степени тяжести показал разнонаправленные тенденции. Уровень эозинофилов в риноцитограмме был выше у детей с АР средней/тяжелой степени, а уровень IgE общего в периферической крови был выше у детей с легким АР.

**Заключение.** Проведенное исследование предполагает наличие взаимосвязи между АР у детей и показателями ФР. Избыточная масса / ожирение у детей с АР, равно как и дефицит массы тела, могут рассматриваться как факторы риска неблагоприятного его течения.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Рахманкулова З.Ж., Эльмурадова Ш.И., Ходжамова Н.К.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** В настоящее время продолжают исследования, посвященные последствиям стремительно распространившейся пандемии COVID-19. При этом среди аспектов, касающихся перинатологии и педиатрии, особого внимания требуют вопросы, связанные с изучением состояния новорожденного ребенка, рожденного у матери, перенесшей данную патологию во время беременности.

**Цель исследования.** Провести анализ клинического состояния новорожденных детей, родившихся у матерей, перенесших во время беременности COVID-19 различной степени тяжести.

**Пациенты и методы.** Всего нами были обследованы 40 недоношенных детей: 1-я группа — 21 новорожденный, родившийся от матерей, перенесших во время беременности COVID-19 в легкой форме, в виде ОРВИ; 2-я группа — 19 новорожденных, родившихся у матерей, перенесших тяжелую форму COVID-19, в виде пневмонии.

**Результаты.** Наблюдаемые нами новорожденные находились в отделении патологии новорожденных ГКДБ № 5. Матери наблюдавшихся новорожденных в 52,5% перенесли легкое течение COVID-19, в 47,5% — тяжелое течение. Проведенный сравнительный анализ антропометрических данных в группах наблюдения не выявил существенных различий. Так, средняя масса тела при рождении у детей 1-й группы составила 2184 г, во 2-й группе — 2111 г; длина тела — 44,2 и 43,8 см соответственно; окружность головы — 30,8 и 29,9 см; окружность груди — 28,9 и 27,1 см. Дети 1-й группы родились с гестационным возрастом 34,8 нед, дети 2-й группы — с гестационным возрастом 34,4 нед. В 1-й группе в крайне тяжелом состоянии родился 1 (4,8%) ребенок, в тяжелом состоянии — 5 (23,8%), в среднетяжелом состоянии родились 15 детей (71,4%). Среди детей 2-й группы 3 (15,7%) детей родились в крайне тяжелом состоянии, в тяжелом состоянии — 5 (26,3%), в состоянии средней тяжести — 11 (57,8%) детей. Среди патологических состояний в неонатальном периоде у новорожденных детей 2-й группы в 21,0% (4) случаев развился сепсис, в 1-й группе таких не было. РДС у детей 1-й группы отмечался в 33,3% (8) случаев, во 2-й группе — у 15 (78,9%). Врожденная пневмония в 1-й группе выявлялась у 13 (61,9%) детей, во 2-й группе — у 17 (89,5%) детей.

**Заключение.** Таким образом, форма и степень тяжести перенесенной матерью во время беременности COVID-19 может оказывать влияние на общее состояние родившихся у них недоношенных детей и частоту развития патологических состояний в периоде новорожденности.

## БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАМИ

Решетова С.Н.

*Кафедра госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Российская Федерация*

**Актуальность.** В исследовании показано, что использование неинвазивного метода — анализа слюны для определения креатинина, мочевины у пациентов преимущественно с почечной недостаточностью (ПН) может быть альтернативой исследованию сыворотки крови. У детей подобные сообщения единичные.

**Цель исследования.** Изучить биохимические показатели слюны у детей с гломерулонефритами для оценки возможности использования неинвазивной диагностики в клинической практике.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением были 42 ребенка, находящиеся на стационарном лечении в отделении детской нефрологии ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»: 23 — с острым и 19 — с хроническим гломерулонефритами в возрасте от 5 до 17 лет. Группа контроля — 51 здоровый ребенок того же возраста. Критерии исключения: дети раннего возраста (из-за сложностей сбора слюны), хроническая болезнь почек (ХБП) 3, 4, 5-й стадии, острое повреждение почек, заболевания полости рта и зубов.

Сбор слюны производился утром натощак в стерильную пластиковую пробирку методом сплевывания, образцы транспортировались в лабораторию Клиник Самарского государственного медицинского университета и подвергались заморозке на сутки. Далее материал размораживался, центрифугировался в течение 10 мин до образования прозрачного супернатанта. На анализаторе Hitachi 902 (Япония) исследовали следующие комплексы показателей: протеомный — общий белок, мочевины, С-реактивный белок; ферментный — АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза; минеральный — кальций, фосфор, магний, железо; углеводный — глюкоза, ЛДГ, лактат. При статистической обработке результатов проводилось также множественное сравнение с помощью критерия Краскела – Уоллиса.

**Результаты.** Статистически значимые различия показателей в слюне у детей контрольной и основной группы обнаружены по кальцию ( $p < 0,001$ ), железу ( $p < 0,001$ ), С-реактивному белку ( $p < 0,001$ ), магнию ( $p = 0,017$  — по результатам критерия Стьюдента). По остальным параметрам различия были незначимы.

Сравнительный анализ показателей сыворотки крови и слюны в основной группе продемонстрировал значимую взаимосвязь по уровням мочевины (коэффициент ранговой корреляции Спирмена — 0,418,  $p < 0,001$ ): в слюне — 3,9 (2,75; 4,6 ммоль/л), в сыворотке крови — 4,1 (3,4; 4,7 ммоль/л). В то же время концентрация креатинина в слюне и сыворотке крови у детей основной группы не была сопоставимой: 20,8 (16,9; 23,3 мкмоль/л) и 69,2 (60,8; 80,7 мкмоль/л) соответственно.

Креатинин в слюне здоровых детей определялся в ничтожно малом количестве, при этом был обнаружен у всех детей основной группы.

**Заключение.** Проведенный анализ метаболического профиля слюны выявил повышение уровня железа, кальция, магния и С-реактивного белка у пациентов с гломерулонефритами без признаков ХБП 3–5-й стадии в сравнении со здоровыми детьми.

Данное исследование позволяет предполагать, что неинвазивный метод исследования биохимических параметров слюны может быть перспективным в отношении ведения пациентов детского возраста с гломерулярной патологией почек. Также возможно рассматривать оценку уровня мочевины в слюне как альтернативу исследованию сыворотки крови. Для более точной оценки клинической значимости полученных результатов необходимы дальнейшие исследования.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ОСАНКИ

Рещиков В.А., Бондаренко Г.Г.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Св. Луки Минздрава России, Луганск,  
Российская Федерация

**Актуальность.** По официальной статистике, на сегодняшний день у 82% подростков наблюдаются те или иные формы нарушения осанки. Существующие методы коррекции имеют определенные недостатки и не всем доступны в полном объеме.

**Цель исследования.** Изучить лечебно-профилактическое действие кинезиологического тейпирования спины как метода мануальной терапии у подростков с нарушением осанки.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находились 19 подростков с нарушением осанки. Ленты приклеивали послойно, зафиксировав связки и сухожилия в физиологичном положении. Уровень растяжения ткани — 40–50%. Концы лент хорошо фиксировали, чтобы они не были натянутыми, а начало и конец тейпов оставались свободными. Тейпы менялись каждые 7 дней. Сочетание фасциальной, связочно-сухожильной и мышечной техники тейпирования позволило не сковывать движения и принимать правильную для позвоночника позу.

**Результаты.** Все пациенты получали три курса тейпирования спины на протяжении 6 мес. Ежедневное 3-недельное использование давало бонус в виде мышечной памяти, избавляя мышцы от перенапряжения. После недельного перерыва повторялись еще два курса. До начала наложения тейпов все пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт и боли в спине, повышенную утомляемость, а также периодическую гипертензию, рассеянность внимания и головокружение.

После первого курса тейпирования отмечалась положительная динамика клинических проявлений: уменьшение боли и дискомфорта в спине (89,5%), нормализация артериального давления (52,6%), прекращение головокружения (42,1%), повышение концентрации внимания и улучшение памяти (73,7%). После второго и третьего курсов тейпирования типичные клинические проявления нарушения осанки нивелировались у всех пациентов. Периодически появляющаяся гипертензия у 4 пациентов требовала дополнительного обследования для уточнения причины. Через 3 мес проведения клинического эксперимента у всех пациентов (100%) отмечалась положительная динамика в нормализации функционирования опорно-двигательного аппарата. Визуально нивелировались типичные клинические проявления нарушения осанки.

**Заключение.** Кинезиотейпирование помогает в амбулаторных условиях исправить нарушение осанки у подростков безболезненно, быстро и эффективно. Этот метод терапии также можно использовать для контроля осанки. Для поддержания полученного результата можно рекомендовать проведение еще трех курсов тейпирования 1 раз в месяц в течение 3–4 дней.

## СТРУКТУРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ТРОПОМИОЗИНУ У ДЕТЕЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Ровицкая В.А., Федорова О.С., Камалтынова Е.М., Прокопьева В.Д.,  
Кутас У.В., Невская К.В., Коломеец И.Л., Федотова М.М.

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Российская Федерация

**Актуальность.** Сенсibilизация к тропомиозину — актуальная проблема в связи с повсеместной распространенностью и тяжестью клинической картины. Регионы, эндемичные по паразитарным инвазиям, характеризуются особой структурой сенсibilизации к данному аллергену.

**Цель исследования.** Установить распространенность и клиническое значение сенсibilизации к аллергенам семейства тропомиозина у детей и подростков в регионе, эндемичном по инвазии *Opisthorchis felineus* (*O. felineus*).

**Пациенты и методы.** Выполнено исследование «случай – контроль» у детей 7–18 лет: 1-я группа — больные аллергическими заболеваниями (АЗ) без инвазии *O. felineus* ( $n = 164$ ), 2-я группа — инвазированные *O. felineus* без АЗ ( $n = 60$ ), 3-я группа — АЗ и *O. felineus* ( $n = 14$ ), 4-я группа — контрольная ( $n = 83$ ). Проводили физикальное обследование, микроскопию стула, определение специфического IgE (*Dermatophagoides farinae* (*D. farinae*), *D. pteronyssinus*, таракан, комар, клещ, «АлкорБио»). Статистический анализ — Statistica 10.

**Результаты.** Исследуемые группы были сопоставимы по полу и возрасту: средний возраст —  $11,66 \pm 3,35$  года, соотношение мальчиков к девочкам составило 1,03 : 1. Сенсibilизация к аллергенам семейства тропомиозина в 1-й группе выявлена у 37,2% детей, во 2-й группе — у 26,7%, была наибольшей в 3-й группе — 50% детей. В структуре сенсibilизации к аллергенам семейства тропомиозина лидирующими были клещи домашней пыли (во 2-й группе — 15%, в 3-й группе — 35,7%, при сравнении 2-й и 3-й групп —  $p = 0,073$ , при сравнении 3-й и 4-й групп —  $p < 0,01$ ). Сенсibilизация к клещам домашней пыли по группам распределена так: *D. farinae* — 29,9, 15, 35,7, 4,8% соответственно, *D. pteronyssinus* — 26,2, 11,7, 35,7, 2,5%. Сенсibilизация к клещам выявлена у 31,1% детей в 1-й группе, у 16,7% детей во 2-й группе, 35,7% в 3-й группе. В группах 2 и 3 также были высокие показатели сенсibilизации к инсектным аллергенам: в группе 2 сенсibilизированы к таракану — 8,3%, к комару — 10%, в группе 3 сенсibilизация к комару и таракану — по 7,1%. Сенсibilизация к инсектным аллергенам семейства тропомиозина по группам распределена таким образом: комар — 9,8, 10, 7,1% соответственно, к таракану сенсibilизация распределена по группам таким образом: 7,9, 8,3, 7,1% соответственно.

### Заключение.

1. Распространенность сенсibilизации к аллергенам семейства тропомиозина у больных с сочетанной патологией (АЗ и инвазия *O. felineus*) составляет 50%, а у больных АЗ — 37,2%.
2. Распространенность сенсibilизации к аллергенам семейства тропомиозина у больных инвазией *O. felineus* составляет 26,7% — латентная сенсibilизация.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ Г. МИНСКА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ДЕТСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Рубан А.П.<sup>1,2</sup>, Давидович С.А.<sup>3</sup>, Завада А.Н.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГНУ «Институт биофизики и клеточной инженерии НАН Беларуси», Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> УО БГМУ, Минск, Республика Беларусь

<sup>3</sup> УЗ «4 Городская детская клиническая поликлиника», Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Расчет показателей распространенности и структуры неблагоприятных эффектов, не классифицированных в других рубриках (Т78), и крапивницы (L50) у детей г. Минска позволяет экстраполировать полученные данные по острым аллергическим реакциям (ОАР) на все детское население страны.

**Цель исследования.** Оценить распространенность и структуру ОАР из рубрик Т78 и L50 МКБ-10 у детей г. Минска по данным обращаемости за амбулаторной медицинской помощью.

**Пациенты и методы.** Проанализированы итоговые данные работы централизованного кабинета аллергологической помощи детям и подросткам 4 ГДКП г. Минска за 2023 г. Общая численность прикрепленного детского населения составляет 155,5 тыс. (42,75% детей и подростков столицы). Всего за аллергологической помощью обратились 3502 ребенка, из них с ОАР из рубрики Т78 — 184 ребенка, с крапивницей (L50) — 127 детей.

**Результаты.** К рубрике Т78 без определения подрубрик были отнесены 97 (52,7% от всей выборки) детей. Пациентов с неблагоприятными проявлениями на пищу (подрубрика Т78.1) имелось 40 (21,7%), с анафилактическим шоком (Т78.2) — 2 (1,1%), с ангионевротическим отеком (Т78.3) — 14 (7,6%), с аллергией неуточненной (Т78.4) — 4 (2,2%), с другими неблагоприятными реакциями, не классифицированными в других рубриках (Т78.8) — 25 (13,6%), с неблагоприятными реакциями неуточненными (Т78.9) — 2 (1,1%). Среди детей из рубрики L50, отнесенных к подрубрике L50.2 (крапивница, вызванная воздействием низкой или высокой температуры), было 5 пациентов, к подрубрике L50.3 (дерматографическая крапивница) — 2, к L50.8 (хроническая крапивница) — 6. Общее количество посещений для пациентов с Т78 было 266, с крапивницей — 209, соответственно коэффициенты посещений для них составили 1,4 и 1,6. Сопутствующую хроническую аллергическую патологию имели 47 пациентов с Т78 (25,5%) и 5 пациентов с L50 (3,9%). Распространенность всех аллергических заболеваний по обращаемости составила 22,5%, ОАР из рубрики Т78 — 1,2%, из L50 — 0,8%.

**Заключение.** Показатели распространенности ОАР по данным обращаемости за амбулаторной медицинской помощью у детей г. Минска составили 2%, что значительно ниже литературных данных. Для оценки истинной распространенности ОАР необходимы комплексный анализ работы служб: амбулаторно-поликлинической, скорой медицинской помощи, стационарного звена, сведений из коммерческих медицинских центров, а также оценка частоты оказания самопомощи населением и частоты распространенности симптомов ОАР в детской популяции.



## СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ Г. МИНСКА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Рубан А.П.<sup>1, 2</sup>, Давидович С.А.<sup>3</sup>, Завада А.Н.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГНУ «Институт биофизики и клеточной инженерии НАН Беларуси», Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> УО БГМУ, Минск, Республика Беларусь

<sup>3</sup> УЗ «4 Городская детская клиническая поликлиника», Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Оценка структуры и распространенности аллергопатологии (АП) по данным обращаемости за амбулаторной медицинской помощью — один из способов контроля ситуации над заболеваемостью детей, проживающих в столице Республики Беларусь (РБ).

**Цель исследования.** Проанализировать распространенность и структуру АП населения г. Минска в возрасте от 0 до 18 лет, а также соотношение рассчитанных величин с данными отчетов, полученных с применением других методик.

**Пациенты и методы.** Распространенность и структура АП рассчитаны по итогам работы централизованного кабинета аллергопомощи детям и подросткам на базе УЗ «4 Городская детская клиническая поликлиника» (4 ГДКП) г. Минска в 2023 г. Кабинет обслуживает 9 городских детских поликлиник столицы с общей численностью 155,5 тыс. детского населения — 42,75% детей и подростков г. Минска. Ранее в отчетах детских внештатных аллергологов были представлены показатели распространенности АП у детей РБ: для БА — 10,72‰, АтД — 8,3‰ и АР — 4,64‰.

**Результаты.** Согласно данным организационно-методического отдела 4 ГДКП, в аллергокабинет в 2023 г. обратились с изолированными аллергическим ринитом (АР, J30) — 2024 пациента (58,3% от всей когорты пациентов), с астмой (БА, J45) — 613 (17,5%), с атопическим дерматитом (АтД, L20) — 535 (15,3%), с крапивницей (L50) — 127 (3,6%), с другими неблагоприятными эффектами, не классифицированными в других рубриках (T78) — 184 (5,3%). Общее количество посещений (коэффициент осмотров) составили для пациентов с АР — 7945 (3,9), с БА — 1426 (2,32), с АтД — 800 (1,5), с крапивницей — 209 (1,6), с T78 — 266 (1,4). Больше количество осмотров у пациентов с АР и БА обусловлено проведением аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ). Всего за 2023 г. проведено 217 курсов АСИТ (у 6,2% обратившихся пациентов). Распространенность по обращаемости всей АП составила 22,5‰; АР — 13,3‰; БА — 3,9‰; АтД — 3,4‰; крапивницы — 0,8‰; T78 — 1,2‰. Данные величины не совпадают с ранее представленными в отчетах детских внештатных аллергологов страны и регионов: меньше по БА в 2,7 и по АтД — в 2,4 раза, больше по АР в 2,9 раза.

**Заключение.** Показатели распространенности БА и АтД по данным обращаемости за амбулаторной медицинской помощью у детей г. Минска значительно ниже общемировых и республиканских данных, АР — ниже общемировых данных, что может свидетельствовать о гиподиагностике и требует дополнительного анализа. Повышение показателя распространенности АР относительно республиканских данных отражает активность проведения АСИТ в 4 ГДКП. Для оценки истинной распространенности АП необходим комплексный анализ работы различных служб.

## СОСТАВ И МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Самойлова Ю.Г., Саган Е.В., Олейник О.А.

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Российская Федерация

**Актуальность.** В настоящее время учеными изучается влияние микробиоты в развитии ожирения, так как микробиота является «метаболическим органом». Однако данные, касающиеся состава микробиоты в детской популяции, еще недостаточны и продолжают накапливаться.

**Цель исследования.** Изучить состав, метаболическую активность микробиоты кишечника во взаимосвязи с клинико-гормональными нарушениями у детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением.

**Пациенты и методы.** Основная группа ( $n = 74$ ) включала детей с избыточной массой тела и ожирением в возрасте от 7–18 лет. Группа контроля ( $n = 44$ ) — дети с нормальной массой того же возраста. Методы исследования: общеклинические, включая липидограмму, исследование гормонов (GLP-1, GLP-2, инсулин, резистин, лептин, ирисин, грелин), биоимпедансометрия. Оценка состава и метаболической активности микробиоты проводилась с использованием 16SPHK секвенирования, хромато-масс-спектрометрии.

**Результаты.** Таксономический состав микробиоты кишечника у детей с ожирением характеризуется преобладанием устойчивого фила (типа) *Actinobacteriota* — 20,8% [6,33:31,5] ( $p < 0,002$ ) и снижением фила *Bacteroidota* — 17,2% [11,5:21,8] ( $p < 0,001$ ), входящих в состав филогенетического ядра. Метаболическая активность микробиоты кишечника у детей с ожирением снижена, это проявлялось снижением продукции всех короткоцепочечных жирных кислот, преимущественно бутирата — 0,31 мг/г [0,186:0,624] ( $p < 0,0001$ ), сопровождается снижением некоторых видов бутират-продуцирующих бактерий, таких как *Faecalibacterium* (6,7 [4,5:8] ( $p < 0,001$ )). Наибольшее влияние на метаболическую активность оказывают бактерии рода *Bacteroides*, вида *Bacteroides eggerthii*. Снижение метаболической активности микробиоты в производстве короткоцепочечных жирных кислот у детей с ожирением и избыточной массой тела приводит к гормональному дисбалансу, ведущему к снижению уровня инкретинов, особенно GLP-1 — 20 пг/мл [17,3:24] ( $p < 0,001$ ) и GLP-2 — 102,95 пг/мл [91,97:149,15] ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Состав микробиоты кишечника у детей с ожирением имеет свои особенности, связанные с преобладанием (*Actinobacteriota*) и снижением определенных филов (*Bacteroidota*), которые, в свою очередь, оказывают влияние на ее функциональную активность в синтезе определенных короткоцепочечных жирных кислот (особенно бутирата), в том числе влияющих на синтез гормонов, особенно GLP-1, GLP-2, участвующих в регуляции жирового и углеводного обменов.

## САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАШЛЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: МНЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ

Самороднова Е.А.<sup>1</sup>, Хабибуллина Э.Ф.<sup>2</sup>, Азисова Р.Р.<sup>1</sup>, Гильманова А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГАУЗ ЦГКБ № 18, Казань, Российская Федерация

**Актуальность.** Кашель является одним из самых частых симптомов острых респираторных заболеваний. Выбор препаратов для противокашлевой терапии в аптечной сети в настоящее время очень широк, поэтому родители все чаще прибегают к самолечению.

**Цель исследования.** Изучить практику симптоматической терапии кашля у детей при респираторной патологии.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование 98 родителей 154 детей в возрасте от 1 мес до 18 лет, имевших в анамнезе перенесенные ОРЗ, сопровождавшиеся кашлем.

**Результаты.** Симптом кашля в клинике заболеваний встречался в 95–97%, продолжительность составила 7–10 дней. При возникновении кашля только треть респондентов сразу обратились к врачу, остальные начинали лечение самостоятельно: 53,7% — препаратами, использовавшимися ранее, по 6% респондентов воспользовались советом провизора или знакомых, а 3% не применяли лекарства, наблюдали и давали теплое питье. Для лечения сухого кашля родители приобретали растительные средства муколитического и отхаркивающего действия — 53,3%; противокашлевого (в составе бутимирад) — 28,8%, комбинированные препараты — 17,9%. При влажном кашле использовали муколитики: препараты амброксола — 32,8%, ацетилцистеина — 25,5%, бромгексина — 19,3%, растительные средства — 22,4%. Большинство родителей выбирали лекарственную форму в виде сиропов — 82,1%. Одно лекарственное средство от кашля использовали 52,2% респондентов, 47,8% комбинировали несколько сразу, желая получить более быстрый эффект. Продолжительность самолечения составила в среднем 10 дней. 73% родителей из-за неэффективности лечения обратились к врачу, 20% отмечали развитие побочных реакций: диспепсии — 5,3%, сыпи — 7,8%, тахикардии — 6,1%, осложнение течения заболевания было у 11% детей.

**Заключение.** Таким образом, в настоящее время наблюдается негативная тенденция самолечения кашля у детей, что приводит к росту нежелательных реакций на препараты, неэффективности терапии, позднему обращению за медицинской помощью, все это резко повышает риск развития осложнений у детей.

## МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

**Саросек В.Г.**

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

**Актуальность.** Перинатальная патология центральной нервной системы (ПП ЦНС) — не одна, а сразу несколько патологий, при которых нарушается работа головного мозга. Все они с большой долей вероятности оставляют тяжелые неврологические последствия, которые проявятся, когда ребенок станет старше. Для их минимизации требуется квалифицированная медицинская помощь как детям, так и родителям.

**Цель исследования.** Анализ медицинских проблем семей, воспитывающих детей раннего возраста с ПП ЦНС с ограниченными возможностями здоровья.

**Пациенты и методы.** Исследование семей, воспитывающих детей с ПП ЦНС раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, проводилось на базе центра раннего вмешательства ГУЗ «Детская центральная городская клиническая поликлиника г. Гродно». Проведено анкетирование 98 матерей и выполнен анализ индивидуальных карт детей. Законные представители являлись родителями обследуемых детей, состоящих на учете в данном центре. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы StatSoft Statistica 10.

**Результаты.** Информацией о лечении основного заболевания ребенка владеют 87% респондентов, научную и научно-популярную медицинскую литературу читают 42 и 25% матерей, 12% доверяют информации, размещенной в сети интернет, 26% — полученной в ходе беседы с родителями детей с аналогичной патологией, 32% — от участкового врача и врачей узких специальностей. Доброжелательное отношение участкового врача-педиатра к ребенку отметили 95,9% респондентов, внимательное отношение к ребенку — 63,5%, добросовестное отношение к исполнению профессиональных обязанностей — 75%. К недостаткам в организации оказания медицинской помощи 23% матерей отнесли наличие больших очередей на прием к участковому врачу-педиатру, 23,8% — текучесть кадров среди участковых врачей-педиатров. Доброжелательное отношение к ребенку с патологией наблюдали 95% матерей, внимательное — 85,2%, добросовестное отношение к исполнению трудовых обязанностей — 75,4%; доверяют врачу-неврологу, участковому врачу-педиатру 58% респондентов.

Результат анализа индивидуальных карт: посещают участкового врача-педиатра 88,5%, врача-невролога — 94,3%, врача-офтальмолога — 83,5%, врача-оториноларинголога — 52,3%. Прием врача-кардиолога требуется 42,7%, врача-эндокринолога — 5,7%, логопеда — 60,9%.

**Заключение.** Таким образом, проведенный анализ полученных данных в результате анкетирования позволил выявить ряд медицинских проблем, с которыми сталкиваются семьи, воспитывающие детей с ПП ЦНС с ограниченными возможностями здоровья, что позволит в дальнейшем разработать мероприятия, направленные на устранение этих проблем.



## ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНАМИ ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Сафина Э.Р., Камалова А.А., Гайфутдинова А.Р., Низамова Р.А.,  
Зайнетдинова М.Ш.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Российская Федерация  
ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ» Казань,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Дефицит микронутриентов является распространенной проблемой у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) в результате нарушения всасывания и снижения потребления, но данная проблема у детей изучена недостаточно.

**Цель исследования.** Оценка уровней витаминов D (25(OH)D),  $V_{12}$  и фолиевой кислоты в крови детей с язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК).

**Пациенты и методы.** В исследование вошел 71 ребенок в возрасте 5–18 лет с ВЗК (26 детей с БК, среди них в активной фазе — 18 детей, 45 — с ЯК, в активной фазе — 36 детей). Недостаточность витамина D определялась при уровне в сыворотке крови  $< 30$  нмоль/л, дефицит —  $< 20$  нмоль/л и тяжелый дефицит —  $< 10$  нмоль/л. Референсные значения витамина  $V_{12}$ : 197–771 пг/мл; фолиевой кислоты: 7–39,7 нмоль/л.

**Результаты.** Гиповитаминоз D диагностирован у 92% детей с ВЗК. При ЯК медиана составила 13 [9–22] нмоль/л, при БК — 17 [11–28],  $p > 0,05$ . При активном ЯК чаще выявлялся тяжелый дефицит 25(OH)D — у 22 против 9 детей в неактивной фазе,  $p = 0,007$ . При активной БК у 10 детей — глубокий дефицит 25(OH)D против 5 в неактивную фазу,  $p > 0,05$ . Дети с дефицитом массы тела чаще имели низкий 25(OH)D, чем дети с нормальным развитием,  $p = 0,006$ . У всех пациентов с дефицитом скелетно-мышечной массы (СКМ) по данным биоимпедансометрии 25(OH)D был ниже нормы. Уровень 25(OH)D коррелировал с показателями мышечной массы ( $p = 0,03$ ) и СКМ ( $p = 0,034$ ). У детей с ЯК дефицит витамина  $V_{12}$  встречался у 2 (4,5%), избыток — у 6 (13,6%),  $p = 0,001$ . Дефицит фолиевой кислоты — у 9 (20,5%) детей с ЯК. У пациентов с БК дефицит витамина  $V_{12}$  наблюдался у 1 (3,8%), избыток — у 2 (7,7%),  $p = 0,031$ . Дефицит фолиевой кислоты — у 7 (26,9%). Дети, получающие блокаторы фактора некроза опухоли  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), имели значительно меньшую концентрацию витамина  $V_{12}$  — 331 пг/мл [299–538] по сравнению с детьми, не получающими биологическую терапию — 6221 пг/мл [432–733],  $p = 0,046$ .

**Заключение.** Необходимость регулярной оценки 25(OH)D у всех детей с ВЗК для назначения терапии обусловлена выявленной высокой частотой гиповитаминоза вне зависимости от формы и активности ВЗК. Тяжелый дефицит 25(OH)D чаще определялся при активном ЯК. Дефицит массы тела и СКМ сочетались с гиповитаминозом D. Дефицит фолиевой кислоты диагностируется у четверти детей с ВЗК, особенно в дебюте, что требует коррекции. Требуется дальнейшее изучение влияния терапии блокаторами TNF- $\alpha$  на метаболизм витамина  $V_{12}$ .

## ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С САКУТ-СИНДРОМОМ НА ПРИМЕРЕ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА

Седашкина О.А.<sup>1</sup>, Порецкова Г.Ю.<sup>1</sup>, Терехин С.С.<sup>2</sup>, Гасанов Д.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Самара, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»,  
Самара, Российская Федерация

**Актуальность.** Врожденный гидронефроз (ВГН) — самый частый порок развития почки, который является фактором риска развития хронической болезни почек (ХБП) у детей.

**Цель исследования.** Определить распространенность САКУТ-синдрома, его структуру и оценить результаты лечения ВГН.

**Пациенты и методы.** Проведено одноцентровое обсервационное ретроспективное продольное исследование результатов антенатального скрининга внутриутробных детей у беременных Самарской области, из которых выбраны случаи с врожденными пороками органов и систем, затем с САКУТ-синдромом, из которых выбраны случаи ВГН; оценены отдаленные результаты оперативного лечения ВГН в отделениях ГБУЗ «Самарская областная больница» имени В.Д. Середавина в период с января 2013 по декабрь 2022 г.

**Результаты.** ВПР органов и систем зарегистрирован у 13 484 внутриутробных детей, из них с ВПР ОМС — 2818 случаев (20,9%). Живых детей с ВГН родилось 390 (10% [0,3–44,5], *Me* — 37, *Mo* — 34, *IQR* [53–33] 20, прооперированы по методу Хайнца – Андерсена 359 детей: мальчиков — 58% (*n* = 208), девочек — 42% (*n* = 151). Односторонний ВГН — у 96% (345 детей), двусторонний — у 4% (14 детей). Возраст пациентов составлял от 6 мес до 3 лет. У 91,4% детей в долгосрочной перспективе наступило выздоровление.

**Заключение.** Разработанные критерии антенатального скрининга для маршрутизации беременных с САКУТ-синдромом плода и межпрофессиональное взаимодействие специалистов здравоохранения способствуют выздоровлению после операции в 91,4% случаев детей с ВГН.



## ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Сенченко Н.Г., Безкаравайный Б.А.

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Здоровье детей определяется питанием на первом году жизни. Дети, находившиеся на грудном вскармливании, по результатам одних исследований, имели отклонения в показателях физического развития, по результатам других — развивались более гармонично.

**Цель исследования.** Определить особенности физического развития детей раннего возраста в зависимости от типа вскармливания на первом году жизни.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ показателей физического развития детей раннего возраста, находившихся на различных видах вскармливания на 1-м году жизни. Обследованы 57 мальчиков и 55 девочек в возрасте 1–3 лет. Измеряли рост и массу тела. Проведены базовая оценка физического развития, оценка роста и массы тела, а также гармоничности развития с помощью центильных таблиц Мазурина – Воронцова и определение величины стандартных отклонений индекса массы тела (ИМТ).

**Результаты.** 47,4% детей на 1-м году получали искусственное вскармливание, 33% — естественное, 19,6% — смешанное. Метод центильных таблиц выявил 13,39% детей с очень низким ростом и 11,61% с очень высокой массой тела; метод стандартных отклонений — 9,82% детей с низкорослостью и 8,04% — с ожирением. Резко дисгармоничное развитие выявлено у 17,85% детей. У 72,32% пациентов был нормальный ИМТ. Среди детей со сниженной массой тела преобладали мальчики (57,69%), в группе с избыточной массой тела — девочки (52,94%). В группе со сниженным ростом по центильным таблицам и по методу стандартных отклонений преобладали мальчики — 53,85 и 56,76% соответственно; в группе высокорослых детей эти методы выявили больше девочек — 65,79 и 70,97% соответственно. В группе с дисгармоничным и резко дисгармоничным развитием большинство также составили дети, находившиеся на искусственном вскармливании (40,35%).

**Заключение.** Выявлена низкая распространенность грудного вскармливания детей 1-го года жизни. Велика доля детей с дисгармоничным развитием. Дети, находившиеся на 1-м году жизни на искусственном вскармливании, преобладали как в группах со сниженными показателями роста и массы тела, так и в группах с избыточной массой тела и высокорослостью.

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ**

**Сероштан Е.Ю., Безкаравайный Б.А.**

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Количественная оценка вегетативного статуса чрезвычайно важна для выявления вегетативной дисфункции, определения общего уровня функционального состояния организма, адаптации, стресса.

**Цель исследования.** Определить исходный статус вегетативной нервной системы у детей младшего школьного возраста с патологией опорно-двигательного аппарата в результате применения функционально-восстановительной коррекции.

**Пациенты и методы.** Для определения статуса вегетативной нервной системы был использован опросник А.М. Вейна у 87 первоклассников с нарушением осанки. Дети были разделены на три клинические группы. В I группе была внедрена технология В.Ф. Базарного в образовательную деятельность. Во II группе с целью коррекции патологии опорно-двигательного аппарата были применены аппарат Ceragem Master и вибромассажер для ног. III группу составили школьники, у которых не применялись методы реабилитации.

**Результаты.** Согласно результатам опросника А.М. Вейна, 72 учащихся (82,8%) имели 15 и более баллов. В первых двух группах в течение четырех семестров количество баллов имело тенденцию к снижению, в то время как в III группе показатели повышались. Так, в I группе средний показатель опросника Вейна (19 баллов) в первом семестре первого класса статистически не отличался от показателей в третьем (20 баллов) и четвертом (19 баллов) семестре. В начале учебного года во втором классе отмечено достоверное повышение результатов опросника Вейна в сравнении с окончанием обучения в первом классе. К окончанию второго класса наблюдалось повторное статистически значимое снижение среднего балла.

Во II группе средний балл опросника имел тенденцию к снижению. Достоверно высоким результат был выявлен в начале учебного года в первом классе (19 баллов). Осенью во втором классе результаты опросника (16 баллов) не имели статистически достоверной разницы с показателями второго семестра в первом классе (19 баллов). Весной второго класса отмечено достоверное снижение результатов опросника (13 баллов).

В III группе в начале учебного года средний балл (16 баллов) был достоверно меньшим. Затем прослеживается его рост во втором (25 баллов), в третьем и четвертом (26 баллов) семестре.

**Заключение.** Таким образом, достоверное снижение среднего балла опросника А.М. Вейна к концу четвертого семестра у детей II группы свидетельствует о нормализации вегетативной нервной системы. Достоверное повышение среднего балла опросника у представителей III группы указывает на дисбаланс вегетативной нервной системы. Комбинированное использование аппарата Ceragem Master и вибромассажера для ног Healax IFoot обосновывает его применение с оздоровительной, реабилитационной и лечебной целью у детей с патологией опорно-двигательного аппарата.



## ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ЭЛЕКТРОННЫЕ СРЕДСТВА КУРЕНИЯ, О НАРУШЕНИЯХ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Сиротченко Т.А., Давидчук Г.Н., Грабарь И.В., Сиротченко А.А.,  
Безгинская А.Н., Шадрова А.Д., Быцанев А.А.

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** С появлением электронных устройств для курения (ЭУК) проблемы негативного влияния курения на здоровье подростков не исчезли. Агрессивная реклама, уверяющая, что вейпинг абсолютно безвреден, привела к тому, что количество «парящих» подростков превысило цифры курящих стандартные сигареты.

**Цель исследования.** Изучение распространенности курения ЭУК в подростковой среде и информированности подростков о влиянии данного процесса на состояние их здоровья по результатам анкетирования.

**Пациенты и методы.** Нами был разработан краткий опросник, содержащий сведения о стаже и возрасте начала курения, о виде используемых ЭУК, частоте их использования, дающий возможность также проанализировать информированность подростков о возможных нарушениях состояния здоровья в результате вейпинга. Анкетирование прошли 1567 школьников г. Луганска в возрасте 12–15 лет, выборка курящих ЭУК, хотя бы эпизодически, составила 71,1% (1114 респондентов), из которых 402 условно здоровых подростка вошли в группу исследования.

**Результаты.** Анализ данных показал, что в группе исследования большинство респондентов курят вейп (80,8%) и только 19,2% — IQOS. Приверженцы вейпинга (64,4%) чаще используют ЭУК ситуативно (дискотека, массовые мероприятия, общение со сверстниками), чтобы произвести впечатление, быть в тренде. Затраты на вейпинг значительно ниже, чем на покупку IQOS, что, вероятно, и обусловило перевес вейпинга. Средний возраст «эпизодически парящих» составил 12,5–13,0 лет, но дебют курения отмечен в 10–10,5 лет у каждого четвертого респондента, количество «парящих» девочек было в 2,3 раза больше, чем мальчиков. Каждый второй подросток считал, что вейпинг безопасен, а последствия длительного курения незначительны. Треть подростков (35,6%), имеющих стаж «парения» более 1,5 лет, чаще болели ОРВИ, острыми бронхитами, чем в период, предшествующий курению, при этом сами подростки отрицали ухудшение в состоянии здоровья. В группе курящих IQOS отмечено, что курение начиналось с вейпинга, в течение 1,5–2 лет респонденты перешли на IQOS как на «престижный» вариант ЭУК. Изменения состояния здоровья были более выраженными, отмечалась высокая частота респираторных заболеваний: острых бронхитов, фарингитов, трахеитов. Мальчиков, курящих IQOS, было в 3,2 раза больше, чем девочек.

**Заключение.** Таким образом, распространенность использования электронных устройств для курения в подростковой среде очень высока. Большинство считает данный способ курения абсолютно безопасным для здоровья, престижным и необходимым для того, чтобы выглядеть современно в глазах сверстников. Важным является то, что количество девочек, занимающихся вейпингом, в несколько раз больше, чем мальчиков. Дальнейшее изучение влияния ЭУК на состояние здоровья подростков, особенно в гендерном аспекте, крайне важно для развенчания мифа о безвредности «парения».

## АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЙ У ПОДРОСТКОВ ГОРОДА БАРНАУЛА

Скударнов Е.В., Малюга О.М., Дорохов Н.А., Зенченко О.А., Волкова Ю.В.

*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Российская Федерация*

**Актуальность.** Актуальность проблемы обусловлена большой распространенностью артериальных гипо- или гипертоний и высоким риском развития кардиальной и сосудистой патологии среди детей старшего школьного возраста.

**Цель исследования.** Уточнить структуру АГ у школьников города Барнаула, выявить возможные этиологические причины АГ у подростков.

**Пациенты и методы.** Проведено обследование 66 детей старшего школьного возраста. Рассчитывались следующие параметры: частота сердечных сокращений (ЧСС), САД, ДАД. При исследовании учитывались пол, масса тела (ИМТ), рост, наличие отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям, наличие вредных привычек, выявлялись сопутствующие фоновые заболевания.

**Результаты.** Среди обследованных преобладали девочки — 37 (56%), доля мальчиков составила 44% (29 детей). Средний возраст обследованных составил  $16,4 \pm 0,7$  года. Из анамнеза установлено, что более 1/3 подростков имели отягощенную наследственность по симптоматическим артериальным гипертониям. 6 детей состояли на учете у врачей, в том числе с заболеваниями почек, щитовидной железы, сердечно-сосудистой системы. ИМТ соответствовал возрастным параметрам у 55 детей. Снижение ИМТ выявлено у 3 (4,5%) обследованных, ИМТ более  $25 \text{ кг/м}^2$  установлен у 8 (12,1%) детей. Нормальное САД (110–129 мм рт. ст.) установлено у 81% (54 ребенка), низкое САД (менее 100 мм рт. ст.) — у 5 детей, высокое нормальное САД (до 139 мм рт. ст.) — у 6 подростков, САД выше 140 мм рт. ст. установлено у 1 ребенка мужского пола. Следует отметить, что снижение АД менее 100 мм рт. ст. установлено только у подростков женского пола. Наличие жалоб на головную боль и эпизоды головокружения отмечали 2/3 с изменениями АД в сторону гипо- или гипертонии. Все подростки с повышением АД независимо от пола имели избыточную массу тела.

**Заключение.** При обследовании у 19% подростков выявлены колебания артериального давления. Наличие гипо- или гипертоний обусловлено гормональной перестройкой пубертатного периода, избыточной массой тела у части детей, а также наличием сопутствующей соматической патологии. Наличие измененного АД является показанием для обследования детей в стационарных условиях.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕБЮТА САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА У ДЕВОЧКИ 8 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Соколова А.С., Шайтарова А.В., Храмова Е.Б.

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

**Актуальность.** Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) представляет собой инфекцию с широким спектром осложнений. В данной статье представлен клинический случай дебюта сахарного диабета 1-го типа (СД 1) у ребенка после перенесенной COVID-19.

**Цель исследования.** Представить манифестацию СД 1 после перенесенной COVID-19.

**Пациенты и методы.** Анализ клинического случая и первичной медицинской документации. Пациентка М., 8 лет, анамнез жизни без особенностей. 3 раза перенесла COVID-19, в ноябре 2022 г. была диагностирована болезнь Коксаки. Хронических заболеваний до COVID-19 не имела. Наследственный анамнез: прабабушка по материнской линии — СД 2 с 60 лет.

**Результаты.** В сентябре 2023 г. перенесла COVID-19. Через 3 нед после заболевания в случайной пробе крови выявлена гипергликемия — 12,8 ммоль/л, при последующем обследовании отмечалось повышение показателей глюкозы плазмы натощак до 5,64–6,16 ммоль/л. По результатам перорального глюкозотолерантного теста: глюкоза плазмы натощак — 7,17 ммоль/л, через 2 ч после нагрузки глюкозой — 9,45 ммоль/л. HbA1c — 5,5%. По результатам иммунологического исследования крови выявлено повышение титра антител к глутаматдекарбоксилазе (GADA) — до 850,6 Ед/мл, антител к инсулину (IAA) — до 2 нг/л, к тирозинфосфатазе (ICA) до 256 Ед/мл. Уровень инсулина — 2,75 мкМЕ/мл, С-пептид — 0,74 нг/мл. Антитела к SARS-CoV-2 — 287,05 ВАУ/мл. ТТГ, Т4, Ат к ТПО — в пределах нормы, 25(OH)D — 47,9 нг/мл. При использовании флеш-мониторинга глюкозы Freestyle Libre получены следующие данные: в целевом диапазоне (3,9–10,0 ммоль/л) — 96%; ниже 3,9 ммоль/л — 0%; выше 10,0 ммоль/л — 5%. Рекомендована терапия инсулином Аспарт (УК 0,25), при выявлении повышения гликемии в ночные часы — начало терапии аналогом инсулина сверхдлительного действия.

**Заключение.** Учитывая диабетические значения гликемии натощак и в случайной пробе крови, повышенные показатели серологических маркеров заболевания, диагноз сахарного диабета 1-го типа сомнений не вызывает. Необходимо дальнейшее изучение вопроса и разработка стандартизированной процедуры скрининга осложнений в постковидном периоде у детей.

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

Соловьева Н.А.<sup>1</sup>, Кулакова Г.А.<sup>1</sup>, Курмаева Е.А.<sup>1</sup>, Калинина О.В.<sup>2</sup>,  
Рыкова А.Р.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГАУЗ «Городская детская поликлиника № 7», Казань, Российская Федерация

**Актуальность.** Здоровье детей и подростков является актуальной проблемой, так как определяет будущее страны. В настоящее время наблюдаются негативные тенденции в состоянии здоровья детей разных возрастных групп: рост распространенности морфофункциональных отклонений и хронических заболеваний.

**Цель исследования.** Выявить проблемы в состоянии здоровья детей школьного возраста и провести анализ динамики заболеваемости в этой возрастной группе за 5 лет.

**Пациенты и методы.** Анализ результатов диспансеризации 14 917 и 18 141 школьника, проведенной в г. Казани в 2018–2019 и 2022–2023 уч. гг. соответственно. Профилактические медицинские осмотры выполнены в одно и то же время в каждой возрастной группе в объеме, предусмотренном Приказом МЗ РФ от 10 августа 2017 г. № 514н. Произведен анализ результатов обследования по методике комплексной оценки состояния здоровья детей.

**Результаты.** По результатам диспансеризации школьников, проведенной в 2018 и 2023 гг., к I группе здоровья отнесены 10,4 и 8,9%, ко II — 74,3 и 77,2%, к III–V — 15,5% и 13,9% детей; учащиеся распределены на медицинские группы по физической культуре: основная — 66 и 60,3%, подготовительная — 23 и 28,2%, специальная — 21 и 11,5%. Отклонения физического развития диагностированы соответственно у 10,6 и 12,5% школьников: дефицит массы — в 5,7 и 6%, избыток массы тела — в 4,9 и 6,5% случаев. Распространенность заболеваний среди учащихся в 2018 и 2023 гг.: болезни органов дыхания — 689,2 и 639,4‰, костно-мышечной системы — 186,2 и 209,6‰, глаз — 182,7 и 179,2‰, системы кровообращения — 193,6‰ и 192,6‰, органов пищеварения — 108,1‰ и 143‰, мочевой системы — 54,7‰ и 56,6‰; травмы — 26,4‰ и 29,9‰. Тубинфицированность обнаружена у 35% школьников. За 5 лет в 10,1 раза увеличилась распространенность психических расстройств и нарушений поведения у учащихся, в 4,7 раза — врожденные аномалии. Здоровых первоклассников в 2018 г. было больше (12,2%), чем в 2023 г. (10,6%), с хроническими заболеваниями — меньше (10,7 и 13,8%); в 11 классе в 2018 г. здоровых детей — 10,5%, с хроническими заболеваниями — 19%, в 2023 г. здоровых школьников — 8,6%, с хроническими заболеваниями — 20,2%.

**Заключение.** Анализ данных показал, что за последнее пятилетие среди детей и подростков, обучающихся в образовательных учреждениях, отмечается тенденция роста распространенности определенных групп заболеваний. Особое внимание следует обратить на рост психических расстройств и нарушений поведения у школьников. Снижение доли здоровых детей и рост хронических заболеваний у учащихся к окончанию школы является тревожным сигналом и требует внедрения профилактических программ создания оптимальных условий обучения.



## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЛНР

**Соннов В.В.**

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Детская смертность — важнейший интегральный показатель, который характеризует доступность и эффективность оказания медицинской помощи детям.

**Цель исследования.** Определить основные резервы снижения показателя детской смертности в Луганской Народной Республике Российской Федерации.

**Пациенты и методы.** Для исследования были использованы материалы статистических отчетов Министерства здравоохранения ЛНР, которые обработаны с помощью общепринятых методов статистического анализа.

**Результаты.** Уровень ДС в ЛНР за 2022 г. составил 3,7 на 10 000 детей против 4,1 на 10 000 в 2021 г. и снизился на 9,7%. В структуре причин ДС в 2022 г. травмы и отравления при уровне 1,5 на 10 000 детского населения заняли ведущее первое место, при этом удельный вес их составил 34,9% при аналогичном показателе в 2021 году — 21,3%. Минно-взрывная травма как причина смерти составила 36,1%, дорожно-транспортная травма — 22,2%, утопление, падение с высоты и отравление угарным газом — 22,2%. 83,7% среди детей, умерших от травм и отравлений, составили дети в возрасте от 7 до 17 лет. С целью профилактики ДС от травм и отравлений в 2022 г. внедрялись совместные профилактические мероприятия Министерства здравоохранения, Министерства образования и науки, а также правоохранительных органов ЛНР. Уровень перинатальных причин составил 0,7 на 10 000 детского населения при соответствующем показателе в 2021 г. — 0,9 на 10 000 детского населения, удельный вес ДС от этих причин составил 22,5% при аналогичном показателе в 2021 г. — 17,9%. Основными причинами перинатальных потерь были внутриутробные инфекции, хроническая респираторная болезнь перинатального периода, нарушения, связанные со сроком беременности и размером внутриутробного ребенка, и тяжелая асфиксия в родах. Внедрялись следующие мероприятия: полный охват беременных диспансерным наблюдением; подготовка врачей-неонатологов, акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов методам первичной реанимации новорожденных; своевременное консультирование новорожденных с тяжелой патологией республиканскими специалистами; качественная транспортировка новорожденных в перинатальный центр в соответствии с международными правилами и методическими клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации.

При уровне смертности от врожденных аномалий, среди которых множественные аномалии составили 56,3%, 0,6 на 10 000 детей удельный вес ДС от этих причин составил 18,8% при соответствующем показателе в 2021 г. — 15,1%. Основное внимание в 2022 г. было направлено на модернизацию парка аппаратуры для ультразвуковой диагностики, внедрение современных методик диагностики наследственных заболеваний и врожденных аномалий, внедрение мероприятий по планированию семьи.

С целью профилактики случаев смерти от инфекционных и паразитарных заболеваний, болезней органов дыхания, патологии нервной системы и системы кровообращения в ЛНР внедрялись методические клинические рекомендации по диагностике и лечению этих состояний. В 2022 г. только 6,1% от общего количества детей первого года жизни умерли на амбулаторно-поликлиническом этапе, что указывает на эффективную работу амбулаторно-поликлинического звена педиатрической службы.

**Заключение.** По результатам работы сделаны выводы, что использование комплекса мероприятий по организации медицинской помощи, профилактике, лечению детей с острыми и хроническими заболеваниями в ЛНР в 2022 г. позволило снизить показатель ДС по сравнению с 2021 г. на 9,7%.

## АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ПРОТЕИНОЗ У НОВОРОЖДЕННОГО. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Старевская С.В.<sup>1, 2, 3</sup>, Люфт С.К.<sup>1</sup>, Нерадовская М.В.<sup>1</sup>, Иванов С.Л.<sup>1</sup>,  
Горелик Ю.В.<sup>1</sup>, Котина Н.З.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> СПб ГБУЗ ДГМКЦ ВМТ им. К.А. Раухфуса, Санкт-Петербург,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБУ «СПб Научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>3</sup> СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

**Цель исследования.** Представить результаты редкого клинического наблюдения ребенка с интерстициальным заболеванием легких (ИЗЛ) — легочный альвеолярный протеиноз (ЛАП).

**Результаты исследования.** Девочка от 4-й беременности (1-я — гибель внутриутробного ребенка в 20 нед; 2-я — срочные роды, девочка 2600 г, врожденная пневмония, ИВЛ 8 сут, длительно сохраняющиеся инфильтративные изменения в легких, часто (6–9 раз в год) болеет бронхитами, физическое развитие ниже среднего; 3-я — срочные роды, девочка 2900 г, респираторная поддержка 1 сут, физическое развитие среднее, болеет до 4 раз в год). Во время 4-й беременности мама перенесла бронхит, лечилась амоксициллином, соблюдала диету по поводу гестационного сахарного диабета. Девочка родилась в удовлетворительном состоянии, ухудшение через час от рождения: нарастание дыхательной недостаточности (ДН), интубирована, переведена на ИВЛ, 100% O<sub>2</sub>, по поводу персистирующей легочной гипертензии (ЛГ) начата терапия оксидом азота, по поводу гемодинамических нарушений — волемическая и инотропная терапия. В анализе крови п/я — 19%, ПКТ — 40,9 нг/мл, СРБ — 23, ВЕ — 5,9, лактат — 3,0 (на антибактериальной терапии). Рентгенологически — умеренное симметричное снижение пневматизации обоих легких. КТ ОГК — двусторонние интерстициальные изменения, снижение пневматизации по типу «матового стекла», имеющие «географический вид», ретикулярные изменения, участки «сумасшедшей исчерченности» и «бульжной мостовой». С 4-х сут жизни по рекомендации кардиологов получала силденафил, бозентан. Состояние крайней тяжести, несмотря на проводимую терапию. На 8-е сут в связи с подозрением на ИЗЛ ЛАП проведена лечебно-диагностическая бронхоскопия с проведением лаважа (проведена окраска лаважной жидкости по Шиффу — резко положительная реакция на ++++), на 2-е сут после бронхоскопии состояние со значимой положительной динамикой: переведена НСПАР, на 3-и сут назальные канюли O<sub>2</sub> 35%, кислородонезависима с 13 сут жизни. Осмотрена генетиком: альвеолярный протеиноз, семейная форма — ? Рекомендовано молекулярно-генетическое исследование: полное секвенирование экзона, включая *SFTPB*, *SFTPC*, *ABCA3*, *CAF2RA* и др. Выписана в 1 мес 1 день с диагнозом: альвеолярный протеиноз J84.01 с крепитирующими хрипами в базальных отделах легких с 2 сторон. Девочка наблюдается пульмонологом, за 11 мес 3 раза болела ОРИ с ДН 2-й степени с лечением в стационаре.

**Заключение.** Интерстициальные заболевания легких новорожденных могут дебютировать под маской респираторного дистресс-синдрома, врожденной пневмонии и других заболеваний. При нетипичном течении заболеваний, отсутствии положительной динамики от терапии необходимо дифференцировать с ИЗЛ, в том числе с ЛАП.

## **ТЯЖЕЛОЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ У РЕБЕНКА С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ**

**Султанов И.С., Еремцов Д.В., Чалова Ю.Д., Юшкова О.А.**

*ГБУЗ ВО Областная детская клиническая больница, Владимир,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Отогенные внутричерепные осложнения у детей с хроническим гнойным средним отитом сохраняют свою актуальность, занимая лидирующее место в структуре летальности в оториноларингологических отделениях.

**Цель исследования.** Рассмотреть клинический случай тромбоза сигмовидного синуса у ребенка 14 лет с хроническим гнойным средним отитом.

**Пациенты и методы.** Была выполнена выкопировка данных из медицинской карты стационарного больного (ф. 003/у) ребенка 14 лет с хроническим гнойным средним отитом, осложненным тромбозом сигмовидного синуса.

**Результаты.** Мальчик, 14 лет, обратился к дежурному ЛОР-врачу ГБУЗ ВО Областная детская клиническая больница с жалобами на гноетечение из левого уха, снижение слуха слева, головную боль, лихорадку до 39 °С. Из анамнеза: болен в течение года, периодические гноетечения из левого уха, не лечился. Около 2 нед наблюдается постоянная головная боль, лихорадит. При осмотре: заушная область слева гиперемирована, оттопыренность ушной раковины, болезненность при пальпации сосцевидного отростка, напряжение мышц шеи слева. Наружный слуховой проход слева содержит обильное гнойное отделяемое. Выполнено МСКТ височных костей: левосторонний мастоидит с деструкцией внутренней стенки сосцевидного отростка левой височной кости. МСКТ головы с контрастом: умеренная асимметрия венозной сети на уровне поперечных, сигмовидных синусов и яремных вен D > S. Установлен диагноз: обострение хронического гнойного среднего отита, осложненного тромбозом сигмовидного синуса слева. Была проведена радикальная санлирующая операция на среднем ухе. Послеоперационный период протекал без осложнений, через 10 дней ребенок выписан домой с улучшением.

**Заключение.** Основной причиной развития внутричерепных осложнений является несвоевременность обращения за медицинской помощью, которая приводит к упущению сроков хирургического вмешательства.

## **СИНДРОМ СТЕРДЖА – ВЕБЕРА: ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

**Султыгова Л.А., Полянская Е.Г.**

*ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»  
Минздрава России, Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Синдром Стерджа – Вебера — энцефалотригеминальный ангиоматоз, входит в группу врожденных факоматозов с поражением глаз, кожи, центральной нервной системы. У детей возможно развитие врожденной глаукомы почти в 60% случаев.

**Цель исследования.** Провести анализ хирургического лечения врожденной глаукомы при синдроме Стерджа – Вебера у детей.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находились 5 пациентов с односторонней врожденной глаукомой на стороне поражения кожи. Из офтальмологических особенностей отмечался: ангиоматоз конъюнктивы, склеры, сегментарно визуализировались сосуды в проекции угла передней камеры, по данным ультразвукового сканирования у всех пациентов отмечено диффузное утолщение сосудистой оболочки, которое характерно для данного синдрома. При оценке состояния зрительного нерва у всех пациентов наблюдались выраженные необратимые изменения, что подтверждает длительный период отсутствия компенсации внутриглазного давления. Гипотензивная терапия не приводила к компенсации внутриглазного давления, поэтому данным пациентам проведено хирургическое лечение — имплантация клапана Ахмеда. Риск хирургического лечения у данных пациентов связан с анатомическими особенностями сосудов хориоидеи, развитием геморрагических осложнений. В раннем послеоперационном периоде необходимо оценивать степень реакции сосудистой оболочки на проникающую хирургию.

**Результаты.** У всех пациентов на следующий день после операции выявлен отек сосудистой оболочки, у 3 детей — отслойка сосудистой оболочки до 2,8 мм. Проводилось консервативное лечение в виде инъекции дексаметазона с контролем внутриглазного давления — положительная динамика на 3-и сут наблюдения. Компенсация внутриглазного давления отмечена у всех пациентов.

**Заключение.** Целесообразно выполнять детальное офтальмологическое обследование всем пациентам детского возраста на предмет выявления глаукомы. Также считаем оправданным проводить раннюю хирургию глаукомы при синдроме Стерджа – Вебера с контролем состояния сосудистой оболочки на всех этапах наблюдения пациента во избежание необратимой потери зрительных функций.

## ОПТИМАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ

Тальковский Е.М., Хан М.А., Выборнов Д.Ю., Тарасов Н.И., Коротеев В.В., Гоменюк Е.Ю.

*ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва, Российская Федерация  
ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Актуальность и социальная значимость проблемы медицинской реабилитации детей со сколиозом обусловлены высокой распространенностью заболевания (до 30%) в структуре ортопедической патологии детского возраста, тяжелым прогрессирующим течением в пубертатный период (50,0%), нарушением функций ряда жизненно важных органов и систем организма (грудной клетки, легких, сердца, нервной системы), часто приводящим к инвалидности и снижению качества жизни пациентов.

**Цель исследования.** Обзор современных медицинских технологий физической реабилитации детей со сколиозом.

**Пациенты и методы.** По современным представлениям, сколиоз является системным заболеванием всего организма в целом, поражающим все органы растущего ребенка, а не только опорно-двигательный аппарат. Поэтому медицинская реабилитация детей со сколиотической деформацией позвоночника представляет собой длительный процесс восстановления всего организма ребенка, состоящий из системы медико-социальных мероприятий, охватывающих весь период его активного роста с привлечением различных специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды (врач физической и реабилитационной медицины, травматолог-ортопед, педиатр, врач-физиотерапевт, врач ЛФК, инструктор ЛФК, медсестра по физиотерапии и массажу, невролог и др.)

**Результаты.** Лечебная физкультура занимает лидирующее место в программе медицинской реабилитации детей со сколиозом, основными задачами которой являются укрепление стабилизаторов туловища, мышц «силового пояса», корригирующее воздействие на деформацию, общеукрепляющее воздействие на организм, выработка стереотипа правильной осанки и улучшение функции внешнего дыхания. Важная роль в этом направлении отводится медицинскому массажу и гидрокинезиотерапии. Среди методов физиотерапии, применяемых в лечении сколиоза, ведущее место занимают методы электромиостимуляции (синусоидально-модулированные токи, диадинамические токи, интерференцтерапия и др.), они увеличивают тонус и силу мышц спины на стороне сколиотической деформации. К числу современных технологий относится высокоинтенсивная импульсная магнитотерапия, оказывающая более активное возбуждающее действие на состояние нервно-мышечного аппарата, чем электростимуляция. В настоящее время перспективным является использование в медицинской реабилитации пациентов со сколиозом метода функционального биоуправления, при котором происходит целевая тренировка активности определенной мышцы или группы мышц, осуществляемая с помощью обратных связей. В ходе процедуры у ребенка происходит ломка старого динамического стереотипа и создается новый, основанный на правильном функционировании определенных мышечных групп. Важное место в медицинской реабилитации детей со сколиозом отводится санаторно-курортному лечению.

**Заключение.** Таким образом, представленные методы физической реабилитации достаточно многообразны, обладают различной эффективностью и могут быть персонализированно использованы в комплексе с лечебной физкультурой многочисленных программ медицинской реабилитации детей со сколиозом.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ В ПУПОВИННОЙ КРОВИ И ГРУДНОМ МОЛОКЕ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ АЛЛЕРГОАНАМНЕЗОМ

Тихон Н.М.<sup>1</sup>, Ляликов С.А.<sup>1</sup>, Белевцев М.В.<sup>2</sup>, Купчинская А.Н.<sup>2</sup>,  
Дубовик О.С.<sup>2</sup>, Вежель О.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

<sup>2</sup> ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии», Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Изучение влияния иммунных факторов матери на становление иммунной системы ребенка во время беременности и кормления грудью представляет особый интерес, поскольку внутриутробное и раннее постнатальное развитие ребенка является самым уязвимым периодом.

**Цель исследования.** Цель — провести сравнительный анализ содержания цитокинов в пуповинной крови и грудном молоке женщин с разным аллергоанамнезом.

**Пациенты и методы.** Группа исследования — женщины с отягощенным анамнезом по аллергическим заболеваниям ( $n = 40$ ), группа сравнения — женщины без аллергоанамнеза ( $n = 75$ ). В пуповинной крови определяли Т2-ассоциированные (CCL17, CCL22, IL-4, IL-5, TSLP) цитокины, а также Т1-ассоциированные (IFN- $\gamma$ , CXCL10) и иммунорегуляторные (IL-10, TGF- $\beta$ 1) цитокины методом иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Содержание Т2-ассоциированных цитокинов (IL-4, IL-5, CCL22, CCL17, TSLP) в пуповинной крови положительно коррелировало с их содержанием в грудном молоке (для всех случаев  $p < 0,005$ ), полученном через месяц после родов. Также имелись положительные статистически значимые перекрестные корреляции между концентрацией в пуповинной крови и грудном молоке разных цитокинов из группы Т2-ассоциированных. Содержание IL-10 в пуповинной крови положительно коррелировало с IL-10 ( $p < 0,0001$ ) и CXCL10 ( $p = 0,018$ ) в грудном молоке, так же как TGF- $\beta$ 1 — с содержанием sIgA ( $p = 0,018$ ). Чем выше уровень Т2-ассоциированных цитокинов в пуповинной крови или грудном молоке, тем выше уровень регуляторных цитокинов (IL-10 и TGF- $\beta$ 1) в этих биологических жидкостях. В грудном молоке у женщин с отягощенным аллергологическим анамнезом концентрация Т2-ассоциированных TSLP ( $p = 0,05$ ), IL-4 ( $p = 0,01$ ), IL-5 ( $p = 0,001$ ) и IL-25 ( $p = 0,05$ ) была выше, чем в группе сравнения. Концентрация цитокинов в пуповинной крови у женщин с разным аллергоанамнезом статистически значимо не различались ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Приведенные данные подтверждают относительно постоянный и неслучайный характер выявленных ассоциаций между концентрацией цитокинов в пуповинной крови и грудном молоке, а также наличие определенного паттерна сочетания цитокинов, экспозиции которых ребенок подвергается внутриутробно через пуповинную кровь и после рождения через грудное молоко.





## СОЧЕТАНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА

Торосян Г.Г.<sup>1</sup>, Родионовская С.Р.<sup>1,2</sup>, Ливишина И.Д.<sup>1</sup>, Гришина Д.П.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Кафедра педиатрии и детской хирургии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) и сахарный диабет 1-го типа (СД 1) являются наиболее частыми коморбидными состояниями у пациентов с сочетанной аутоиммунной патологией, это обуславливает высокий риск неблагоприятного прогноза с развитием микрососудистых и функциональных нарушений.

**Цель исследования.** Определить распространенность СД 1 у пациентов с ЮИА, зарегистрированных в 2008–2023 гг. в базе данных ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России», представить клинικο-демографическую характеристику больных с ЮИА и СД 1, виды терапии, влияние коморбидной патологии на течение заболеваний.

**Пациенты и методы.** Проанализированы результаты наблюдений 472 больных с ЮИА, у 7 (1,48%) диагностирован СД 1. Проведен ретроспективный анализ клинικο-демографических показателей, динамики индексов активности ЮИА JADAS, уровня гликированного гемоглобина (HbA1c), результатов терапии базисными препаратами (БМАРП) — метотрексат (МТ), лефлуномид (ЛФ), генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) — ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (TNF- $\alpha$ ) адалимумаб (АДА), инфликсимаб (ИНФ), этанерцепт (ЭТЦ), помповой инсулинотерапии (ПИ) пациентов с коморбидной патологией ЮИА и СД 1.

**Результаты.** В исследование включены 7 пациентов, медиана (*Me*) возраста дебюта ЮИА — 9,6 года [межквартильный размах *IQR* 5; 12,25], дебюта СД 1 — 7,1 [6,3; 8,25], 3 мальчика, 4 девочки. У 6 пациентов развитие СД 1 предшествовало ювенильному артриту на 2,5 [0,95; 3,75] года, у одной пациентки с впервые развившимся ЮИА СД 1 присоединился через 3,7 года. Длительность ЮИА до первого визита к ревматологу составила 6 [4,5; 19,5] мес. Согласно классификации ILAR, у 3 пациентов имел место полиартикулярный вариант РФ (–) ЮИА, у 2 — олигоартикулярный вариант ЮИА (в одном случае с поражением органов зрения увеитом), энтезит-ассоциированный и псориазический артрит — у 2 пациенток. Позитивность по антинуклеарному фактору выявлена в 3 случаях, по HLA-B27-антигену — в одном. Активность ЮИА в дебюте по шкале JADAS у всех была средней и высокой степени — 15 [9; 20] баллов. Внутрисуставные введения ГК проводились 3 пациентам с развитием нежелательных эффектов, требующих коррекции инсулинотерапии, 6 получали МТ в дозе 15 мг/м<sup>2</sup>, 1 пациентке проведена замена МТ на ЛФ, 4 пациентам инициированы ГИБП АДА, ИНФ, ЭТЦ. Все дети находились на ПИ. По результатам наблюдения 6 пациентов достигли неактивного статуса заболевания ЮИА, уровень HbA1c составил 7 [6,4; 7,4] %, потребность в инсулине — 0,75–1,2 ед/кг/сут. Из осложнений СД 1 у 2 детей зафиксированы липодистрофии (стаж диабета — 14/8 и 18/13), у 1 (18/13) — диабетическая полинейропатия.

**Заключение.** Распространенность СД 1 у пациентов с ЮИА существенно выше, чем в общей популяции. У большинства пациентов ЮИА дебютировал после развития СД 1, характеризовался высокой активностью, потребовавшей раннего назначения БМАРП, биологической терапии. Значимой проблемой педиатрических пациентов с ЮИА и СД 1 является достижение компенсации СД 1 с учетом высоковероятных осложнений применения ГК-терапии. Внедрение биологической терапии, помповой инсулинотерапии, регулярный динамический контроль профильных специалистов, комплаентность пациентов и родителей — факторы эффективного контроля, значительно улучшающие прогноз в данной группе больных.

## ОСОБЕННОСТИ РАЗНООБРАЗИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Турти Т.В.<sup>1, 2, 4</sup>, Беляева И.А.<sup>1, 2, 3</sup>, Бомбардинова Е.П.<sup>1</sup>, Шукенбаева Р.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Российская Федерация

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

<sup>3</sup> ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Современная оценка состояния дизонтогенеза кишечной микробиоты у детей раннего возраста с аллергией поможет разработать новые подходы к профилактике иммунопатологического процесса посредством диетологической и пробиотической коррекции нарушений микробиоты, что позволит обеспечить формирование пищевой толерантности.

**Цель исследования.** Изучить клиничко-лабораторные ассоциации проявлений аллергии у детей раннего возраста с альфа- и бета-разнообразием кишечной микробиоты.

**Пациенты и методы.** В исследование было включено 30 детей раннего возраста — *Me* 10,5 [8,0–16,0] мес жизни. В начале исследования и через 3 мес наблюдения осуществлялся забор фекалий на исследование кишечной микробиоты методом метагеномного секвенирования гена *16S* рРНК бактерий с изучением альфа- и бета-разнообразия и с последующим анализом ассоциаций. У всех детей определяли уровни специфической сенсibilизации с помощью мультикомплексного молекулярного аллелготеста ALEX2.

**Результаты.** Основными типами в составе кишечной микробиоты являлись: *Firmicutes*, *Bacteroidetes*, *Acinetobacteria*, *Fusobacteria*, *Archaea*. При включении в исследование низкое альфа-разнообразие (Shannon1) было связано с эозинофилией ( $R = -0,457$ ) по данным анализа периферической крови, а также высоким уровнем sIgE к яйцу и арахису (*Ara h 1*) ( $R = -0,446$ ;  $R = -0,446$ ). Среди представителей условно-патогенных микроорганизмов у детей в начале исследования значительную долю (по оценке индекса Chao) составили *Pseudomonas* spp., *Acinetobacter* spp. при снижении содержания *Enterococcus* spp. С увеличением возраста (в динамике наблюдения) и после использования пробиотической коррекции альфа- и бета-разнообразие кишечной микробиоты увеличивалось ( $R = 0,442$ ;  $R = 0,491$ ). При завершении исследования взаимосвязи уровней сенсibilизации с характеристиками разнообразия микробиоты обнаружены не были.

**Заключение.** Выявленная ассоциация низкого разнообразия кишечной микробиоты с высоким уровнем сенсibilизации к распространенным пищевым аллергенам свидетельствует об активном течении иммунопатологического процесса у детей раннего возраста. Отсутствие этой взаимосвязи с увеличением возраста и после проведенной комплексной коррекции свидетельствует о формировании пищевой толерантности.

## ЗНАЧЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ ВОЗРАСТОМ

Тухтаева У.Д.<sup>1</sup>, Рахманкулова З.Ж.<sup>1</sup>, Камалов З.С.<sup>2</sup>, Абдукодирова М.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

<sup>2</sup> ИИИГЧ АН РУ, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Немаловажное значение среди факторов, определяющих развитие неонатального сепсиса, имеет акушерский анамнез матери, ведь неблагоприятный фон, заболеваемость женщины, особенности течения беременности во многом определяют иммунобиологическое состояние внутриутробного ребенка и новорожденного.

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ перинатальных факторов риска у новорожденных различного гестационного возраста с ранним неонатальным сепсисом.

**Пациенты и методы.** Всего нами обследовано 114 новорожденных детей, из них: 1-ю основную группу составили 80 новорожденных детей с ранним сепсисом (1а подгруппа — 40 недоношенных, 28–35 нед; 1б — 42 доношенных ребенка, 38–40 нед); 2-ю контрольную группу составили 32 практически здоровых доношенных ребенка. Новорожденные дети находились в отделении патологии новорожденных ГКДБ № 5. Проведены клиничко-анамнестические и статистические методы исследования.

**Результаты.** При изучении акушерского анамнеза было выявлено, что у матерей, родивших недоношенных детей с развившимся ранним сепсисом, число абортос встречалось в 1,9 раза чаще — 32,5%, чем у матерей доношенных новорожденных — 19,0%, и почти в 2 раза чаще, чем в контрольной группе — 18,7%. Выкидыши у матерей недоношенных детей встречались 3,2 раза чаще — 40,0%, чем в контрольной группе — 12,5%, у матерей доношенных детей их число было 35,7%, что также было достоверно больше, чем в контрольной группе. Также в анамнезе матерей, родивших недоношенных детей с развившимся ранним сепсисом, число гибели предыдущих детей составило 27,5%, чем в группе доношенных детей с ранним сепсисом — 11,9%, что было в 2,3 раза больше ( $p < 0,001$ ).

Анализ течения беременности и родов в группах наблюдения показал, что факторы риска, такие как угроза прерывания беременности, гестозы, тяжелая преэклампсия, мутные околоплодные воды, маловодие, многоводие, кесарево сечение, с высокой степенью достоверности ( $p < 0,001$ ) чаще встречались у матерей, родивших недоношенных детей с ранним сепсисом, чем у матерей, родивших доношенных новорожденных с ранним сепсисом. Особенно такие факторы, как температура у матери в последние две недели перед родами и лихорадка в родах, чаще встречались у недоношенных детей — 85,5%, чем у доношенных — 57,1%, а также преждевременная отслойка плаценты у недоношенных — 52,5%, у доношенных — 16,6% ( $p < 0,001$ ). При анализе заболеваемости матерей было выявлено, что частота встречаемости TORCH-инфекций у матерей недоношенных детей была несколько выше — 45,0%, чем у матерей доношенных детей — 40,1%, хотя достоверных различий не выявлено. Однако бактериальные инфекции мочеполовой сферы у матерей, родивших недоношенных детей (70,1%), превышали таковые у матерей, родивших доношенных новорожденных (45,2%) в 1,6 раза.

**Заключение.** Таким образом, установленные приоритетные факторы риска на развитие раннего неонатального сепсиса у новорожденных детей в зависимости от гестационного возраста требуют повышенного внимания при организации лечебно-профилактических мероприятий.

## ТЕЧЕНИЕ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТА С УРОПАТИЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Устинова О.О., Галькиева Д.А.

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

**Актуальность.** В структуре патологии почек у детей преобладает тубулоинтерстициальная болезнь почек (ТИБП).

**Цель исследования.** Оценить клиническое течение ТИБП у ребенка с обструктивной уропатией.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных анамнеза и клинико-параclinicalического обследования пациента Ф., 12 лет.

**Результаты.** Генеалогический анамнез отягощен: хронический пиелонефрит у матери. У ребенка — дисплазия соединительной ткани, патологическая колонизация носоглотки (*Candida*, *Staph. aureus*) и кишечника (*Candida*, *Enterococci*). В 3 года выявлен мочевого синдром (микрогематурия, лейкоцитурия). Диагностирован врожденный гидронефроз 2-й степени слева, проведена резекция ПУС слева. Осложнение — рецидивирующий обструктивный пиелонефрит уреоплазменной этиологии с нарушением тубулярных функций почек. В 7 лет выявлена микропротеинурия (до 0,66 г/л). В 11 лет по данным нефросцинтиграфии — признаки вторично сморщенной левой почки с нарушением гломерулярной функции, кривая над областью левой почки по типу «обтурационной». Секреторно-экскреторная функция обеих почек нарушена. Назначена нефропротективная терапия ингибиторами АПФ (эналаприл). В 12 лет — признаки прогрессирования ТИБП: протеинурия (до 1 г/сут), гипопроteinемия (до 38,3 г/л), гипер- $\beta$ -липопротеинемия (до 8,13 г/л); на УЗИ — вторично сморщенная левая почка; нарушена внутрпочечная гемодинамика (повышение IR, снижение Vs и Vd в почечных артериях).

**Заключение.** У ребенка с ТИБП, ассоциированной с врожденным гидронефрозом и нарушением уродинамики, осложненной часторецидивирующим пиелонефритом, — прогрессирующее течение болезни с развитием артериальной гипертензии и протеинурии с исходом в ХБП. Особенностью случая является поздняя диагностика модифицирующих факторов риска, прогрессирование ТИБП, низкая эффективность лечения рецидивирующей ренальной инфекции с исходом в ХБП.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕПАЗИТАРНЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ

Ушаков К.В.<sup>1, 2</sup>, Чундокова М.А.<sup>1, 2</sup>, Голованев М.А.<sup>1, 2</sup>, Маннанов А.Г.<sup>1, 2</sup>, Юсифова У.И.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** В тактике ведения пациентов с непаразитарными кистами селезенки остается ряд нерешенных проблем, таких как показания и методы хирургического лечения, частота рецидивов. До недавнего времени спленэктомия и парциальная резекция селезенки были «золотым стандартом» лечения детей с непаразитарными кистами селезенки, однако развитие эндоскопической техники и совершенствование методов визуализации привели к значительным изменениям в тактике ведения таких пациентов.

**Цель исследования.** Уменьшить количество рецидивов, сохраняя малоинвазивность и безопасность хирургического пособия.

**Пациенты и методы.** В исследование вошли 102 ребенка: девочек — 65 (58%), мальчиков — 47 (42%) в возрасте от 5 до 17 лет, оперированных в ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» с непаразитарными кистами селезенки. Основным методом диагностики было УЗИ, при котором выявлены кисты. Для уточнения локализации и точных размеров проводили КТ органов брюшной полости. Все дети обследованы на эхинококкоз (отрицательный). Оценивали методы хирургического лечения, послеоперационные осложнения, рецидивы.

**Результаты.** Оперированным детям выполнялись следующие операции: лапароскопическая фенестрация кисты селезенки с применением аргоноплазменной коагуляции — 59 (57%); лапароскопическая фенестрация кисты селезенки с применением химических склерозантов (использовались 96% этиловый спирт и 5% йод с экспозицией 5 мин) — 28 (27%); лапароскопическая спленэктомия — 8 (7%); лапароскопическая парциальная резекция селезенки — 7 (7%).

Рецидивы (8,8%) наблюдались только в группе детей, оперированных с применением химических склерозантов: из 9 рецидивов 3 детям выполнена спленэктомия, 1 ребенку — парциальная резекция, обусловленная расположением кисты, 5 детям — фенестрация кисты с обработкой аргоном.

**Заключение.** Таким образом, при показаниях к оперативному лечению у детей с НКС должны учитываться размеры кисты и ее расположение в селезенке, эти показатели определяют выбор и тактику хирургического вмешательства.

Внедрение аргоноплазменной коагуляции позволило снизить количество рецидивов у детей с НКС за последние 10 лет. Считаем, что лапароскопическая фенестрация кисты селезенки с обязательной обработкой остаточного ложа аргоноплазменной коагуляцией является операцией выбора в связи с важной иммунной функцией этого органа.

## ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ДЕТЕЙ

Федотова Г.В., Вахлова И.В., Боронина Л.Г., Ибрагимова Ю.Н.

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

**Актуальность.** Исследование активности кишечной микробиоты по спектру и уровню короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК) в фекалиях является современным методом диагностики функционального состояния микробиоценоза кишечника и представляет научный и практический интерес.

**Цель исследования.** На основании изучения содержания КЦЖК в кале оценить состояние метаболической активности микробиоты кишечника у здоровых детей в раннем детском возрасте.

**Пациенты и методы.** В исследование был включен 171 ребенок. Критерии включения: возраст от 0 до 3 лет, I и II группа здоровья, отсутствие органической патологии и генетических синдромов, отсутствие жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта на момент исследования, отсутствие антибактериальной терапии за 3 мес до начала исследования. Метаболическую активность микробиоты кишечника оценивали на основании определения КЦЖК в кале методом газожидкостной хроматографии.

**Результаты.** У здоровых детей на 1-м году жизни выявлено нарастание маркеров анаэробной флоры, к концу года С4 (бутират) — 0,007 мг/г — 0,089 мг/г,  $p = 0,005$ , АИ (анаэробный индекс) — 0,138–0,374,  $p = 0,016$ , при одновременном снижении маркеров облигатной флоры С2 (ацетат) — 0,910–0,728 мг/г,  $p = 0,003$  и стабильном уровне  $\Sigma$  (сумма кислот) 7,776 мг/г — 8,732 мг/г,  $p = 0,209$  и ЕiСп (сумма изокилот) 0,023 мг/г — 0,026 мг/г,  $p = 0,704$ . Данная закономерность сохранялась на протяжении 3 лет: значимое снижение маркеров облигатной флоры (С2), начиная с 1-го года к 3 годам (0,809 мг/г — 0,705 мг/г — 0,635 мг/г;  $p_{1-2} = 0,002$ ,  $p_{1-3} = 0,003$ ,  $p_{2-3} = 0,020$ ), повышение маркеров анаэробной флоры С3 (пропионат) (0,097 мг/г — 0,165 мг/г — 0,192 мг/г;  $p_{1-2} = 0,056$ ,  $p_{1-3} = 0,001$ ,  $p_{2-3} = 0,018$ ) и С4 (0,058 мг/г — 0,138 мг/г — 0,149 мг/г;  $p_{1-2} = 0,002$ ,  $p_{1-3} = 0,002$ ); АИ нарастал и достигал максимальных значений у детей к 3 годам (0,23–0,418–0,576;  $p_{1-2} = 0,001$ ,  $p_{1-3} = 0,002$ ,  $p_{2-3} = 0,044$ ).  $\Sigma$  на протяжении всех трех лет оставалась стабильной (7,325 мг/г — 6,691 мг/г — 10,434 мг/г;  $p_{1-2} = 0,327$ ,  $p_{1-3} = 0,998$ ,  $p_{2-3} = 0,337$ ). Содержание ЕiСп в кале значимо нарастало от первого ко второму году (0,022 мг/г и 0,041 мг/г,  $p = 0,029$ ).

**Заключение.** Метаболическая активность кишечной микробиоты на 1-м году жизни характеризуется нарастанием маркеров анаэробной флоры — пропионата, бутирата и АИ и снижением маркеров облигатной флоры (ацетата) при стабильном значении суммы кислот и изокилот. Данная закономерность сохраняется у детей в возрасте от 1 года до 3 лет, за исключением суммы изокилот, которая значимо увеличивается на 2-м году жизни, что, возможно, является отражением высокой активности протеолитической флоры на фоне расширения питания.





## РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТИРОЗИНЕМИИ I ТИПА

Филин А.В., Полякова С.И., Метелин А.В., Морозова М.М., Казакова О.В.,  
Коротеева Н.А., Галян Т.Н., Ховрин В.В., Бабаян А.А., Зайцев А.Ю.,  
Новиков Д.И., Крыжановская Е.Ю., Камалов Ю.Р.

ГНЦ РФ ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России,  
Москва, Российская Федерация  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Наследственная тирозинемия I типа (НТ-1) — моногенное заболевание с высокими рисками развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) и летальностью до 75%, успех лечения которого определяют своевременное назначение патогенетической терапии и выполнение трансплантации печени (ТП).

**Цель исследования.** Оценить показания, оптимальные сроки выполнения и результаты родственной ТП у пациентов с НТ-1.

**Пациенты и методы.** С 2008 по 2023 г. в отделении пересадки печени ГНЦ РФ ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» Минобрнауки России выполнено 198 ТП детям и взрослым. У 6 детей показанием к ТП стала НТ-1. Медиана возраста постановки диагноза НТ-1 — 32 мес (7–72). Нитизинон перед ТП получали 5 пациентов. У всех детей препарат был назначен в возрасте старше 12 мес. Медиана возраста пациентов на момент ТП — 116,5 мес (29–153). Показаниями к ТП стали очаговые изменения на фоне цирроза и роста альфа-фетопротеина (АФП). Всем пациентам выполнены родственные ТП, включая одну АВ0-несовместимую.

**Результаты.** Магнитно-резонансная томография (МРТ) с гепатоспецифическим контрастным веществом (ГСКВ), выполненная в РНЦХ всем пациентам, в 5 наблюдениях впервые выявила множественные очаги дисплазии с подозрением на ГЦК и в одном подтвердила ГЦК с тромбозом воротной вены. У четырех из 5 пациентов с подозрением на ГЦК по данным МРТ и у одного с ГЦК, верифицированной до трансплантации, диагноз подтвержден при морфологическом исследовании удаленной печени. Ранние осложнения у реципиентов ( $n = 2$ ) были представлены неполным наружным желчным свищом (закрылся самостоятельно) и тромбозом печеночной артерии (успешная реконструкция). В отдаленные сроки после закрытия свища сформировалась стриктура, потребовавшая чрескожного чреспеченочного билиарного дренирования. У двух других реципиентов поздние осложнения были представлены хроническим отторжением и рецидивом ГЦК с ее прогрессией. Во всех наблюдениях, кроме рецидива ГЦК, отмечена нормализация уровня АФП в ранние сроки после трансплантации. Все пациенты на момент публикации живы в сроки от 12 до 40 мес (медиана — 26 мес). Осложнений у родственных доноров не было.

**Заключение.** Позднее начало патогенетической терапии при НТ-1 повышает риски развития ГЦК и ухудшает прогноз заболевания. Экспертным методом оценки характера очаговых изменений на фоне цирроза печени является МРТ с ГСКВ. Ранняя установка показаний к ТП на этапе первичной диагностики очаговых изменений у пациентов с НТ-1 обеспечивает радикальное лечение до развития ГЦК. У таких пациентов родственная трансплантация печени демонстрирует оптимальные отдаленные результаты.

## ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ С ВЫСОКОЙ ИНТЕРНЕТ-АКТИВНОСТЬЮ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА

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

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

**Актуальность.** Доказано, что развитие зависимого поведения зависит от определенных личностных особенностей и отношения с окружающей действительностью. Для профилактической работы важно выявлять факторы, повышающие риск развития компьютерной аддикции.

**Цель исследования.** Выявить личностные особенности и частоту невротических расстройств у подростков 15–17 лет с интернет-зависимостью и риском формирования интернет-зависимости.

**Пациенты и методы.** В сплошном невыборочном исследовании приняли участие 407 подростков 15–17 лет, обучающихся в образовательных учреждениях г. Иванова. Для оценки интернет-зависимости (ИЗ) использовалась методика С. Чена. На втором этапе изучены личностные особенности подростков по тесту Г. Айзенка. С помощью анкеты выявляли симптомы и синдромы невротических расстройств.

**Результаты.** С помощью методики С. Чена у 33,9% подростков выявлено отсутствие интернет-зависимого поведения, у 51,1% — склонность к его возникновению, у 14,9% — устойчивое интернет-зависимое поведение. У подростков с устойчивым интернет-зависимым поведением чаще, чем у их сверстников с риском и без ИЗ, выявлялся высокий уровень нейротизма (64,1 и 45,2%, 64,1 и 15%,  $p < 0,05$ ) и, соответственно, реже — низкий и средний уровень нейротизма ( $p < 0,05$ ). Различий по психотипам в группах с различной выраженностью ИЗ не выявлено.

При выявлении симптомов невротических расстройств у подростков с ИЗ, в отличие от сверстников без ИЗ, чаще определялся гипердинамический (71,8 и 47,5%,  $p < 0,05$ ), астенический (71,8 и 47,5%,  $p < 0,05$ ), фобический (66,67 и 40,0%,  $p < 0,05$ ) и дисморфофобический синдромы (48,7 и 20,0%,  $p < 0,05$ ). У подростков с риском возникновения ИЗ чаще, чем без нее, выявлялся фобический синдром, а у сверстников с ИЗ чаще, чем с риском ИЗ, — дисморфофобический синдром ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** У подростков с интернет-активностью установлены высокий уровень нейротизма личности и более высокая частота гипердинамического, астенического, фобического и дисморфофобического синдромов, чем у сверстников без интернет-зависимости.

## РОЛЬ ИНДЕКСА МЕНТЦЕРА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МИКРОЦИТАРНЫХ ФОРМ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Фисюн И.В., Кузнецова Т.А.

ФГБУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»,  
Орел, Российская Федерация

**Актуальность.** Талассемия является второй по частоте микроцитарной анемией у детей, трудно отличимой от железодефицитной (ЖДА) по показателям общего анализа крови (ОАК), что в условиях низкой доступности исследования сывороточного ферритина (СФ) в поликлиниках приводит к диагностическим ошибкам.

**Цель исследования.** Определить значимость индекса Ментцера (ИМ) для дифференциальной диагностики ЖДА и талассемии у детей.

**Пациенты и методы.** На 4 участках детской поликлиники (2019–2020 гг.) и в отделении детской онкогематологии ЛПУ III уровня (2015–2022 гг.) г. Орла регистрировались случаи микроцитарной анемии у детей (1 мес — 18 лет). Определялись ОАК, СФ и ИМ — отношение среднего объема к уровню эритроцитов (MCV/RBC). У детей с СФ < 15 нг/мл диагностировалась ЖДА, остальным выполнялся электрофорез гемоглобина (Hb). Рассчитывалась чувствительность и специфичность ИМ; пороговым для диагностики ЖДА считалось значение ИМ  $\geq 13$ , для талассемии — < 13.

**Результаты.** Из 106 случаев микроцитарной анемии у детей, зарегистрированных в ходе исследования, у 92,5% ( $n = 98$ ) подтверждена ЖДА, у 7,5% ( $n = 8$ ) —  $\beta$ -талассемия без явных клинико-лабораторных признаков гемолиза. Медиана индекса Ментцера у детей с ЖДА составила 18,7 (1; 3 квартиль = 15,1; 23,2), с  $\beta$ -талассемией — 9,8 (9,6; 10,7),  $p < 0,001$ . Из всех случаев ЖДА значение индекса Ментцера  $\geq 13$  оказалось у 81,6% пациентов (80 из 98);  $\beta$ -талассемии — у 12,5% (1 из 8),  $p < 0,001$ . Для диагностики ЖДА чувствительность и специфичность индекса Ментцера составила соответственно 81,6 и 87,5%; для диагностики  $\beta$ -талассемии — 87,5 и 81,6%. Следует отметить, что чувствительность индекса Ментцера для диагностики ЖДА легкой степени ( $n = 62$ ) оказалась достоверно выше, чем для тяжелой ЖДА ( $n = 28$ ) — 93,7 и 57,1% соответственно,  $p < 0,001$ .

**Заключение.** Для дифференциальной диагностики ЖДА и малых форм  $\beta$ -талассемии оценка индекса Ментцера имеет высокую ценность, особенно при легкой степени анемии, что делает возможным использование данного индекса при принятии решения о назначении препаратов железа пациентам с микроцитарной анемией легкой степени на основании данных общего анализа крови без оценки показателей обмена железа, особенно в условиях ограниченных диагностических возможностей региональных детских поликлиник.

## ПОДДЕРЖКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ. РЕАЛЬНОСТЬ СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ

**Фурцев В.И., Маслова М.Ю., Будникова Е.В.**

*ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России,  
Красноярск, Российская Федерация  
Краевой центр грудного вскармливания КГБУЗ «КГДБ № 8», Красноярск,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Поддержка грудного вскармливания (ГВ) может осуществляться при условии достаточно профессионально подготовленного и мотивированного медицинского персонала. Показатели официальной статистики по распространенности ГВ показывают, что данное направление еще далеко до совершенства.

**Цель исследования.** Изучить ответы кормящих грудью матерей о поддержке ГВ в родовспомогательных учреждениях и детских поликлиниках по результатам анализа анкет.

**Пациенты и методы.** Проведено опросное исследование более 400 матерей, имеющих детей в возрасте от 1 до 24 мес, с ноября 2022 по март 2023 г. по специально разработанным анкетам. Опрос проводился через Google-формы. Более 60% опрошенных матерей были жителями г. Красноярск.

**Результаты.** Подготовка беременных к предстоящему кормлению грудью как самостоятельно, так и после обучения на курсах показала, что из 410 опрошенных 363 (88,5%) женщины уверены, что смогут кормить грудью. На вопрос, нужно ли кормить грудью, положительно ответили 399 (97,1%) респондентов. Однако практика становления грудного вскармливания в родовспомогательных учреждениях еще далека от совершенства. И если большинство новорожденных — 231 (56,6%) — выкладывались на грудь матери в первые 30 мин после родов, то продолжительность их нахождения на груди матери до проведения первого туалета у 117 (49%) из 251 не превышала 3–5 мин. И лишь для 34 (14,2%) новорожденных кожный контакт был в пределах 30 мин, для 25 (10,5%) продолжался около 1 ч. Частота прикладывания ребенка к груди в первые сутки после рождения была крайне низкой. До 5 раз были приложены только 132 (53,7%) из 246 детей, еще 43 (17,5%) ребенка — не более 2 раз и только 71 (28,9%) ребенок был приложен до 10 раз. Новорожденные в 44,5% (181 из 407) случаев получали докорм ИС в родовспомогательных учреждениях. После выписки из РД только в 163 из 352 (45,4%) случаев участковые врачи предпринимали попытку перевести ребенка на исключительно грудное вскармливание.

**Заключение.** Результаты исследования показывают, что беременные женщины понимают профилактическую роль грудного вскармливания. Теоретически они подготовлены к вскармливанию детей грудью. Однако в большинстве случаев родильницы не получают помощи и поддержки по практике ГВ. Причина — отсутствие знаний по физиологии лактации, слабое владение навыками оказания практической помощи и отсутствие мотивации к овладению навыками по поддержке матерей. На педиатрических участках врачи не берут на себя ответственность по переводу детей на исключительно грудное вскармливание.

## ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ПАЦИЕНТА 13 ЛЕТ С ДЕБЮТОМ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА ПОД МАСКОЙ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Хижникова В.В.<sup>1</sup>, Родионовская С.Р.<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup> Кафедра педиатрии и детской хирургии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Трудность дифференциальной диагностики ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) и системных заболеваний крови обусловлена частым дебютом острого лейкоза (ОЛ) с ревматическими масками в виде костно-мышечных болей, артритов, нередко в отсутствие бластных клеток в периферической крови.

**Цель исследования.** Представить рентгенологические паттерны, позволившие предположить системное заболевание крови у пациента 13 лет с ОЛ, дебютировавшим симптомокомплексом ювенильного артрита.

**Пациенты и методы.** Пациент, 13 лет, направлен в стационар с диагнозом ЮИА. Болен в течение 2 мес, в дебюте синовиты коленных суставов, фебрильная лихорадка. Наблюдался с диагнозами: посттравматический синовит, инфекция мочевых путей. При обследовании: WBC —  $5,1 \times 10^9$ , PLT —  $182 \times 10^9$ , Hb — 135 г/л, лимфоциты — 60%, СОЭ — 42 мм/час, СРБ — 207 мг/л (норма < 5,0), микрогематурия. В клиническом статусе полиартрит с вовлечением тазобедренных, коленных, лучезапястных суставов, люмбагии, оссалгии, потеря массы тела 13 кг. Выполнены МСКТ грудной клетки, брюшной полости, органов малого таза, МРТ поясничного отдела позвоночника и костей таза.

**Результаты.** При выполнении МРТ костей таза и пояснично-крестцового отдела позвоночника по стандартному протоколу исследования были выявлены диффузные изменения костного мозга, а также признаки забрюшинной лимфоаденопатии. Изменения костного мозга характеризовались выраженным снижением интенсивности сигнала от костного мозга в режиме T1, изоинтенсивность сигнала от тел позвонков по отношению к межпозвонковым дискам. Визуализированы инфаркты костного мозга в виде очаговых изменений неправильной формы, четко отграниченные, с характерным симптомом двойной линии. Патогномоничных МР-признаков воспалительных изменений в суставах не отмечено. При компьютерной томографии органов грудной, брюшной полости и малого таза — выраженная забрюшинная и умеренная периферическая лимфоаденопатия, мультифокальные участки постинфарктной перестройки костей. Вышеуказанные МР- и КТ-паттерны позволили на этапе обследования предположить диагноз системного заболевания крови. Типичные изменения периферической крови с наличием цитопений и бластных клеток, выявленные только через 3 мес от манифестации заболевания, в совокупности с данными МРТ и КТ позволили расширить диагностический поиск и установить диагноз ОЛ.

**Заключение.** Знание типичных радиологических паттернов, характерных для системных заболеваний различной этиологии, позволяет на этапе первичного обследования предположить верный диагноз и упростить маршрутизацию пациента на пути к нужному специалисту. Дебют ОЛ с симптомокомплексом ювенильного артрита требует проведения тщательной дифференциальной диагностики. Междисциплинарное взаимодействие врачей клинических и рентгенологических подразделений позволяет максимально быстро и эффективно провести комплексное обследование и установить клинический диагноз.

## ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ МЕНЕЕ 2500 Г В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Ходкевич П.Е., Куликова К.В., Федорова О.С., Деев И.А.

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Российская Федерация  
ОГАУЗ «ОПЦ им. И.Д. Евтушенко», Томск, Российская Федерация  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация

**Актуальность.** Недоношенные дети относятся к группе риска по развитию хронических и инвалидизирующих заболеваний. Среди детей с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении отмечается высокая частота формирования неврологической патологии.

**Цель исследования.** Установить распространенность патологических отклонений нервной системы у недоношенных новорожденных с массой тела при рождении менее 2500 г в раннем детском возрасте.

**Пациенты и методы.** В рамках проспективного когортного исследования новорожденных проведена оценка состояния нервной системы недоношенных детей с массой тела при рождении менее 2500 г в возрасте до 3 лет. Группа контроля ( $n = 76$ ): здоровые доношенные новорожденные с массой тела при рождении более 2500 г. Группа сравнения ( $n = 226$ ): недоношенные дети с массой тела при рождении менее 2500 г (с низкой массой тела (НМТ) —  $n = 78$ ; ОНМТ —  $n = 76$ ; ЭНМТ —  $n = 72$ ).

**Результаты.** Все подгруппы между собой имели статистически значимые различия по массе тела при рождении, сроку гестации ( $p < 0,001$ ). Установлено, что в неонатальном периоде дети из группы сравнения (29,6%,  $n = 67$ ,  $p < 0,001$ ) статистически значимо чаще имели патологию нервной системы, чем дети группы контроля (2,6%,  $n = 2$ ). Выявлено, что в 1 год дети из группы контроля реже имели патологию нервной системы (6,4%,  $n = 4$ ), чем дети с НМТ при рождении (21,4%,  $n = 15$ ,  $p = 0,026$ ), ОНМТ при рождении (18,2%,  $n = 12$ ,  $p = 0,077$ ) и ЭНМТ при рождении (33,3%,  $n = 21$ ,  $p < 0,001$ ). Наиболее часто в возрасте 1 года среди недоношенных детей наблюдалось нарушение моторного развития. При этом дети с ЭНМТ (30,2%,  $n = 19$ ) при рождении чаще имели патологию моторного развития, чем дети с ОНМТ при рождении (9,09%,  $n = 6$ ,  $p = 0,006$ ). В 2 года дети из группы контроля не имели неврологического диагноза. Дети с ЭНМТ (56,8%,  $n = 25$ ) в 2 года чаще имели патологию нервной системы, чем дети с НМТ (26,83%,  $n = 11$ ,  $p = 0,010$ ). Самым частым отклонением среди недоношенных детей в 2 года являлось нарушение речевого развития: 12,2% ( $n = 5$ ) детей с НМТ, 19,4% ( $n = 7$ ) детей с ОНМТ и 29,6% ( $n = 13$ ) детей с ЭНМТ при рождении ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** На протяжении всего периода раннего детского возраста дети с ЭНМТ при рождении чаще имели патологию нервной системы, чем доношенные новорожденные. Основными отклонениями являлись патология моторного развития в возрасте 1 года и нарушение речевого развития в 2 года. Таким образом, дети с массой тела при рождении менее 1000 г являются группой риска по развитию неврологической патологии в раннем детском возрасте и нуждаются в дополнительном диспансерном наблюдении.



## ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДИАГНОСТИКУ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИИ

Хоманов К.Э., Серебровская О.Л.

ООО «Медицинские информационные решения», Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Эпидемиологические данные из базы Orphanet содержат информацию о 6313 орфанных заболеваниях: 71,1% из них являются генетическими, а 69% — исключительно педиатрическими. Численность лиц с орфанными заболеваниями в России на 2020 г. составила 36 434 человека.

**Цель исследования.** Изучить факторы, влияющие на диагностику российскими врачами редких заболеваний.

**Пациенты и методы.** В опросе, проведенном с 18 по 28 апреля 2023 г. в мобильном приложении «Справочник врача», приняли участие 956 врачей разных специальностей: педиатры, терапевты, нефрологи, кардиологи, неврологи, гематологи. Респонденты отвечали на вопросы, связанные с диагностикой орфанных заболеваний.

**Результаты.** Нулевые знания в области орфанных болезней признали 11%; отличные — 2,2% врачей. 51,9% никогда не встречались с орфанными патологиями; более трех случаев с лично выставленным диагнозом отметили 2% врачей, однократно встречали в практике пациента с редкой болезнью 19%, до трех случаев за всю практику с хотя бы одним выставленным диагнозом самим специалистом — 12,2%, один случай за практику с лично выставленным диагнозом — 6,4%.

Чаще всего врачи сталкивались с болезнью Гоше (5%), Фабри (3%), синдромом Хантера и НАО (по 1%); 0,4% — с синдромом короткой кишки. Однако большинство ответов (80%) пришлось на болезнь Гиппеля – Ландау, синдром Прадера – Вилли, СМА и др. До 17 лет пациента включительно орфанные болезни диагностировали 47%; из них до 3 лет — 23,3%. Постановка диагноза занимала месяцы (38,9%), недели (31,1%), год (15,7%), несколько лет (13%), десятилетия (1,3%).

Для улучшения диагностики орфанных болезней врачам необходимы доступ к современным методам лабораторной и инструментальной диагностики (74,9%), повышение квалификации (74,4%), внедрение в практику цифровых диагностических помощников (48,2%). Отсутствие проблем с диагностикой отметили только 18,7%.

**Заключение.** Главные факторы, влияющие на диагностику орфанных заболеваний в России: ограниченная возможность проведения необходимых лабораторных и инструментальных исследований, нехватка знаний у врачей, сложности в получении консультации профильных коллег и недостаточное понимание принципов маршрутизации таких пациентов. Отечественные специалисты здравоохранения могут использовать для диагностики и маршрутизации больных инструмент «Орфанный помощник» в бесплатном мобильном приложении «Справочник врача».

## **ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

**Чертина Н.А., Мыльникова Т.А., Точилина О.В.**

*ГБУЗ АО ГП № 10, Астрахань, Российская Федерация  
ГБУЗ АО ДГП № 4, Астрахань, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Астрахань,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Частота рождения детей с перинатальным поражением центральной нервной системы (ПП ЦНС) в последние годы не имеет тенденции к снижению. В связи с этим актуально применение эффективных методов реабилитации, в основе которых лежит рациональное сочетание фармако- и физиотерапии.

**Цель исследования.** Оценить частоту применения и эффективность физиотерапии в комплексе реабилитационных мероприятий у детей с перинатальным поражением ЦНС в амбулаторно-поликлинических условиях.

**Пациенты и методы.** Проводился анализ физиотерапевтических назначений 260 детям до 1 года с ПП ЦНС и его последствиями в ГБУЗ АО ДГП № 4 и ДПО № 1 ГБУЗ АО ГП № 10 за 2021 г. Все дети получали медикаментозную посиндромную терапию в соответствии с клиническими стандартами (сосудистые, дегидратационные, ноотропные препараты, витаминотерапия) и общий массаж. Физиотерапевтическое лечение назначалось по стандартным методикам с использованием аппаратуры, входящей в стандарт оснащения амбулаторно-поликлинических учреждений.

**Результаты.** Оценка неврологического статуса выявила синдромы задержки моторного развития (35%), гипервозбудимости (22%), расстройства вегетативной нервной системы (26%), гипертензионно-гидроцефальный (11%), двигательных нарушений (43%). Данные синдромы проявлялись в виде: мышечной дистонии (76%), нарушения микроциркуляции и терморегуляции (63,2%), нарушения режима сна и бодрствования (29,9%), немотивированных приступов беспокойства и плача (20,4%). При нейросонографии — расширение боковых желудочков (36,2%) и межполушарной щели (16,5%), повышение эхогенности сосудистых сплетений (15%). 56 детей (21,5%) получали электрофорез эуфиллина по Ратнеру для улучшения кровообращения головного мозга и шейного отдела позвоночника. После курса у 80% детей нормализовался режим сна и бодрствования. Электрофорез дибазола продольно на область позвоночника при сниженном мышечном тоне получил 41 ребенок (15,8%) с эффектом в 68% случаев. Электрофорез новокаина на пояснично-крестцовую область по Новожилову при повышенном мышечном тоне в нижних конечностях был проведен 35 детям (13,5%) с эффективностью в 87%. У 128 детей (49,2%) с запаздывающим формированием навыка сидения проводили СМТ-стимуляцию мышц спины. 85% детей стали хорошо держать спину сидя.

**Заключение.** Для реабилитации детей с ПП ЦНС в практическом здравоохранении наиболее востребованы методы, которые воспроизводимы на стандартном физиотерапевтическом оборудовании, которое имеется в большинстве детских государственных амбулаторных учреждений. Приоритет отдается методам физиотерапии, направленным на коррекцию периферической и центральной регуляции тонуса мышц, улучшение кровоснабжения и метаболических процессов в тканях головного мозга, активацию психомоторного развития, нормализацию нервно-мышечной проводимости.

## **ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ДЕСЯТИЛЕТИЯ ДЕТСТВА В РОССИИ (2018–2027 ГГ.)**

**Чичерин Л.П., Щепин В.О.**

*ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»,  
Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Федеральные национальные проекты «Демография», «Здравоохранение», «Образование», «Культура» являются ведущими механизмами реализации мер в рамках Десятилетия детства, направленных на усиление охраны детства, укрепление института семьи в России.

**Цель исследования.** Комплексное аналитическое исследование выполнения Указа Президента о проведении Десятилетия детства и утвержденных Правительством мер в первые пять лет периода, внесение соответствующих корректив.

**Пациенты и методы.** Осуществлены мониторинг и аналитика планов Правительства основных мероприятий, правового обеспечения, применения программно-целевого подхода. Оценен ход и подведены предварительные итоги выполнения мер в рамках Десятилетия детства (ДД) в России. Применен комплекс современных методов социально-гигиенического исследования, включая аналитический, статистический, изучения опыта, контент-анализ, метод экспертной оценки, монографический и др.

**Результаты.** Базисом ДД стали результаты работы, выполненной ранее в два трехлетних этапа, по 6 разделам Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 гг., сложившаяся медико-демографическая картина, положение семьи, детей в стране и др. Очевидна четкая приверженность взятому в ходе социально-экономических преобразований общества курсу на программно-целевое планирование, меры которого нуждаются в оперативной коррекции в динамике согласно конкретной ситуации. Объективной трудностью реализации предусмотренных мер ДД, координации, контроля выполнения является их многоплановость с привлечением огромного числа ведомств, заложенная уже в большем числе (15) разделов и разбивкой утвержденных Правительством планов на 2 неравных этапа в 3 и 7 лет.

**Заключение.** Предварительная аналитика ДД манифестирует опасение возникновения существенных проблем при окончательном подведении итогов реализации принимаемых мер в силу многоаспектности утвержденных Правительством планов, участия огромного числа недостаточно сотрудничающих ведомств, отсутствия окончательной системы оценки результатов, обоснованности финансовых затрат и других. Целесообразна смена парадигмы действий: переход от здоровьесбережения к укреплению здоровья.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НОВОГО ТИПА У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Чудакова Т.К., Плохоцкая Л.С., Черкасова Н.И.

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

**Актуальность.** В настоящее время наблюдается подъем заболеваемости и госпитализации больных коронавирусной инфекцией COVID-19, вызванной новыми штаммами.

**Цель исследования.** Изучить клинические особенности новой коронавирусной инфекции COVID-19 у детей в современных условиях.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ 50 медицинских карт больных с диагнозом «новая коронавирусная инфекция COVID-19», госпитализированных в ГУЗ «СОИКБ им. Н.Р. Иванова» с сентября по ноябрь 2023 г. Дети раннего возраста — 41 (82%) пациент: в возрасте от 1 до 12 мес — 27 (54%), от 1 года до 3 лет — 14 (28%). Пациенты в возрасте от 4 до 6 лет — 3 (6%), от 7 до 12 лет — 3 (6%), от 13 до 17 лет — 3 (6%). Мальчиков было 31 (62%), девочек — 19 (38%). Лабораторную верификацию этиологии заболевания проводили методом ПЦР носоглоточных смывов.

**Результаты.** У 45 (90%) больных COVID-19 была установлена среднетяжелая форма заболевания, легкая форма — у 4 (8%), тяжелая форма — у 1 больного в возрасте 1,5 мес с полисегментарной пневмонией, осложненной дыхательной недостаточностью. Сопутствующие заболевания и фоновая патология выявлены у 38% пациентов. Клиническими особенностями COVID-19 у детей были: лихорадка у всех больных (в большинстве случаев отмечалась субфебрильная температура), умеренные симптомы интоксикации (вялость — у 50% больных, снижение аппетита — у 44%). Поражение верхних дыхательных путей отмечено у всех больных: ринофарингит (84%), фарингит (10%), тонзиллит (6%). Поражение нижних дыхательных путей установлено у 64% больных: бронхит (38%), пневмонии (26%). Экзантему наблюдали у 1 (2%) пациента с COVID-19, кишечный синдром — у 10 (20%). Продолжительность госпитализации больных составила  $6,98 \pm 2,52$  сут. Заболевание закончилось выздоровлением у всех детей.

**Заключение.** Среди госпитализированных больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19 преобладали дети раннего возраста. Заболевание у детей в большинстве случаев протекало в среднетяжелой форме с умеренными симптомами интоксикации и катаральными симптомами.

## ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ

Чудакова Т.К., Чурсина Е.М., Трунова О.В.

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

**Актуальность.** В 2022 г. в России отмечен рост заболеваемости менингококковой инфекцией (МИ). Экономический ущерб от МИ в России вырос на 129%. Летальность при генерализованной форме менингококковой инфекции (ГФМИ) составляет от 5 до 30%. Инфекционно-токсический шок (ИТШ) в настоящее время остается угрозой и основной причиной летальных исходов МИ.

**Цель исследования.** Описать клинический случай ГФМИ, осложненной развитием ИТШ 3-й степени, у ребенка 12 лет.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ медицинской карты стационарного больного у ребенка с ГФМИ, осложненной развитием ИТШ.

**Результаты.** Девочка, 12 лет, заболела 28.12.2022 в 21:00 — повышение температуры до 39,0 °С. После введения жаропонижающих средств температура снизилась до субфебрильных цифр, появилась геморрагическая сыпь. В 23:25 больная госпитализирована в ОРИТ СОИКБ им. Н.Р. Иванова в крайне тяжелом состоянии. Сознание на уровне оглушения. Кожные покровы бледно-синюшного цвета с элементами геморрагической сыпи с тенденцией к слиянию в области лица, туловища, конечностей. Пульс слабого наполнения. Артериальная гипотензия. Симптом бледного пятна — 7 с. Положительные менингеальные симптомы. Установлен диагноз: ГФМИ (менингококцемия, менингоэнцефалит), молниеносное течение. Осложнения: ИТШ 3-й степени, СМОД, Отек головного мозга. Синдром Уотерхауса – Фридериксена. ДВС-синдром. Проводились противошоковая, антибактериальная терапия, вазопрессорная поддержка, ИВЛ. В анализах крови отмечено повышение уровня СРБ (75,6 мг/л), прокальцитонина (более 10 нг/мл), в коагулограмме — гипокоагуляция. 29.12.2022 в 06:30 зафиксирована асистолия. Проведены реанимационные мероприятия в полном объеме. В 07:00 констатирована биологическая смерть.

**Заключение.** МИ является чрезвычайно опасным заболеванием для детей, часто сопровождается генерализацией процесса и может заканчиваться летально. Для предотвращения МИ необходимо проводить вакцинацию.

## РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА БЕЗОПАСНОСТИ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Шаповалова Р.Ф., Михеева И.В., Михеева М.А.

*ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии»  
Роспотребнадзора, Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Одним из препятствий для внедрения вакцинопрофилактики ротавирусной инфекции (РВИ) стали сомнения в безопасности иммунизации, в частности опасения, что вакцинация вызовет такое осложнение, как инвагинация кишечника.

**Цель исследования.** В рамках пилотного проекта по проведению плановой иммунизации против РВИ в городе Подольске Московской области проведена оценка безопасности вакцинации детей живой пятивалентной рекомбинантной ротавирусной вакциной.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ частоты регистрации случаев кишечной инвагинации (МКБ K56.1) по данным о госпитализации детей в хирургическое отделение городской больницы до (2013–2015 гг.) и на фоне проведения прививок против РВИ (2016–2022 гг.). Также изучены сведения о серьезных побочных проявлениях после иммунизации (форма № 058/у и акты расследования), поступившие в Территориальное управление Роспотребнадзора по Московской области в 2013–2022 гг.

**Результаты.** За 7 лет в Подольске детям было введено 38 144 прививок. Ни одного осложнения после иммунизации против РВИ зарегистрировано не было. Фоновый уровень заболеваемости кишечными инвагинациями в городе с начала пилотного проекта не изменился. За 10 лет диагноз кишечной инвагинации был поставлен 21 ребенку. Из них только четверо детей были привиты против РВИ: двое получили полный курс прививок, двое — только две прививки. Эти случаи были оценены в соответствии с критериями, регламентированными методическими рекомендациями, утвержденными в 2019 г. Было установлено, что все 4 случая инвагинации не соответствуют определению поствакцинального осложнения по срокам развития заболевания после прививки: максимальный срок возникновения инвагинации (в соответствии с инструкцией к вакцине) не должен превышать 42 дней после прививки. Как показали данные расследования, сроки заболевания 4 детей в Подольске составили от 69 дней до 5 лет после получения последней дозы вакцины, что свидетельствует об отсутствии причинно-следственной связи между случаями инвагинации и введением ротавирусной вакцины.

**Заключение.** Результаты многолетней плановой вакцинации детей первого года жизни в Подольске подтвердили опубликованные ранее данные о безопасности массового применения преквалифицированных ВОЗ пероральных ротавирусных вакцин в различных странах мира. Для объективного подтверждения безопасности иммунизации при организации вакцинопрофилактики РВИ необходимо осуществлять мониторинг побочных проявлений в соответствии с действующими методическими рекомендациями.



## СТАНОВЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 9 ИМЕНИ Г.Н. СПЕРАНСКОГО КАК КРУПНЕЙШЕГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МОСКВЫ (К 100-ЛЕТИЮ УЧРЕЖДЕНИЯ)

**Шелкова В.Н.**

*ГБУЗ ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ, Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Городские детские стационары Москвы стали центрами охраны здоровья. Один из крупнейших столичных центров педиатрических компетенций — Детская городская клиническая больница № 9 имени Г.Н. Сперанского отметила вековой юбилей своей деятельности.

**Цель исследования.** Изучить становление Детской городской больницы № 9 имени Г.Н. Сперанского как крупнейшего педиатрического центра Москвы.

**Пациенты и методы.** Проведено историко-медицинское исследование деятельности учреждения в 20–50-е гг. XX в. с анализом факторов преобразования временной детской районной больницы в крупнейший столичный педиатрический центр.

**Результаты.** В 1923 г. в Изоляторе для беспризорных им. Дзержинского (с 1928 г. — Лечебно-педагогический комбинат) лечили больных малярией детей. Здесь трудился выдающийся дерматомиколог А.М. Ариевич.

В 1938 г. открылась Детская временная инфекционная больница № 9 им. Ф.Э. Дзержинского. Главным врачом стал Е.Л. Гутерман. В 1941–1942 гг. здесь развернули Эвакогоспиталь № 5009.

Ключевым событием в истории больницы стало размещение на ее базе кафедры педиатрии Центрального института усовершенствования врачей в 1948 г. Под руководством Г.Н. Сперанского и его коллег сотрудники ввели в практику инновационные методы лечения и технологии помощи детям, разработали меры эпидемиологической безопасности многопрофильного детского стационара. Была создана нозокомиальная комиссия, проводился микробиологический мониторинг.

В послевоенные годы результатом работы больницы, ныне носящей имя академика Г.Н. Сперанского, стало снижение летальности. По сравнению с 1947 г. летальность по больничному объединению в 1948 г. сократилась с 7,7 до 4,9%, а среди грудных детей — с 37 до 15,6% за счет успешного лечения пневмонии, дизентерии и диспепсии, предотвращения поздней госпитализации при гипотрофии. В 1955 г. больница стала городской клинической и базой для повышения квалификации педиатров.

**Заключение.** Многолетний опыт оказания помощи юным пациентам Детской городской клинической больницей № 9 имени Г.Н. Сперанского и плодотворное сотрудничество ее коллектива с научным сообществом определили становление стационара как крупнейшего педиатрического центра Москвы.

## ТЕЧЕНИЕ ЛЮПУС-НЕФРИТА В ДЕБЮТЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Юсупзянова Д.М., Набиуллина З.М.

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

**Актуальность.** Системная красная волчанка — аутоиммунное заболевание, характеризующееся гиперпродукцией аутоантител с развитием иммуновоспалительного повреждения тканей и внутренних органов. Одним из самых грозных проявлений является волчаночный нефрит.

**Цель исследования.** Проанализировать течение, диагностику и лечение волчаночного нефрита на примере клинического наблюдения.

**Пациенты и методы.** Девочка 15 лет с впервые выявленным волчаночным нефритом в дебют заболевания. Поступила в детскую республиканскую клиническую больницу с жалобами на эритематозный дерматит по типу «бабочки» на лице, генерализованные отеки, повышение азотистых шлаков и повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст. При поступлении состояние тяжелое за счет основного заболевания, интоксикационного синдрома.

**Результаты.** Пациенту были проведены специфические исследования на СКВ: антинуклеарный фактор IgG — 10 240 титр при норме менее 160. В общем анализе крови выявлено снижение уровня гемоглобина до 90 г/л, эритроцитопения — до  $2,9 \times 10^{12}/л$ . При проведении реакции Кумбса был получен положительный результат. В общем анализе мочи массивная протеинурия до 5,00 г/сут, лейкоцитурия, эритроцитурия. В биохимическом анализе крови снижение общего белка, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия. После динамического наблюдения был выставлен следующий клинический диагноз: системная красная волчанка, люпус-нефрит, быстро прогрессирующий вариант, хроническая болезнь почек — 5-я стадия. С учетом проведения пульсов циклофосфана, приема преднизолона, гемодиализа состояние пациентки оставалось стабильно тяжелым за счет основного заболевания. Было принято решение направить пациентку в Москву в ФГАОУ ВО РНИМУ им. Пирогова для проведения биопсии.

**Заключение.** Люпус-нефрит у детей и подростков характеризуются более высокой активностью и тяжелым течением. Данный клинический случай демонстрирует развитие волчаночного нефрита в виде быстро прогрессирующего его варианта. С дебюта заболевания девочка нуждалась в проведении заместительной почечной терапии. Несмотря на проводимую иммуносупрессивную терапию по стандартной схеме, пациентка через 3 мес от начала заболевания вышла на терминальную стадию хронической почечной недостаточности.

## СТРУКТУРА САРКОПЕНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Яковлева М.Н., Завьялова А.Н., Новикова В.П.

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

**Актуальность.** Саркопения — прогрессирующая и генерализованная утрата мышечной массы и силы. Описано возникновение саркопении у детей с различной хронической патологией. Существуют критерии диагностики саркопении у детей при ДЦП, при других состояниях не разработаны.

**Цель исследования.** Изучить структуру саркопении у детей и подростков с различными нарушениями нутритивного статуса.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ базы биоимпедансных исследований Клиники СПбГПМУ 2018–2023 гг. Способ диагностики саркопении основан на оценке компонентного состава тела методом биоимпедансометрии, определялся процент объема жировой и активной клеточной ткани. Группа пациентов с саркопенией ( $n = 167$ ). Статистический анализ выполнен с помощью программы Statistica 7.0. Критерием статистической достоверности считали величину  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Диагноз «саркопения» выставлен 167 пациентам при сочетании процента жировой массы от 40,5% и выше, процента активной клеточной массы 37% и ниже по результатам исследования компонентного состава тела. Саркопения была выявлена у детей с ожирением ( $n = 45$ ; 26,9%), эпилепсией ( $n = 13$ ; 7,8%), бронхиальной астмой и атопическим дерматитом ( $n = 8$ ; 4,8%), хронической болезнью почек ( $n = 7$ ; 4,2%), псориазом ( $n = 5$ ; 3%), болезнью Крона ( $n = 4$ ; 2,4%), ревматическими (ЮРА, СКВ, васкулит) ( $n = 3$ ; 1,8%) и эндокринологическими заболеваниями (СД 1, ВГКН) ( $n = 3$ ; 1,8%). Вторичная саркопения на фоне дефицита массы тела наиболее часто выявлялась у пациентов с ДЦП ( $n = 79$ ; 47,3%).

Саркопения достоверно чаще выявлена у девочек ( $p < 0,05$ .) Средний возраст пациентов —  $12,65 \pm 2,22$  года ( $min$  — 7;  $max$  — 17). Статистически значимых различий частоты выявления саркопении при дефиците и избытке массы тела у детей не было. Группа с дефицитом массы ( $n = 81$ ) представлена преимущественно детьми с тяжелой БЭН ( $n = 53$ ). Достоверно саркопения выявлена у пациентов с ДЦП ( $n = 79$ ;  $p < 0,05$ ). Среди пациентов с избыточной массой тела ( $n = 86$ ) ожирение 3–4-й степени выявлено достоверно чаще ( $n = 65$ ;  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Саркопения в детском возрасте носит вторичный характер, выявлена у пациентов с избытком и дефицитом массы тела, связана с течением хронических заболеваний: снижением активности, нарушением питания (мальабсорбция, отсутствие аппетита, прием лекарственных средств). Саркопеническое ожирение встречается чаще при высокой степени избытка массы тела, различных хронических соматических заболеваниях. Дети с ДЦП чаще страдают саркопеническим истощением, что сочетается с тяжелым дефицитом массы тела.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Якубович Е.С., Хмилевская С.А.

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

**Актуальность.** Значимое место в структуре комплексной оценки состояния здоровья и качества жизни недоношенных детей (НД) занимает инфекционная патология. Согласно данным литературы, доминирующей инфекционной патологией у НД являются острые респираторные инфекции (ОРИ).

**Цель исследования.** Изучить особенности течения (ОРИ) и определить группу часто болеющих детей (ЧБД) среди недоношенных, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, в раннем возрасте.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 80 детей: 50 (основная группа) — родились недоношенными на сроке гестации менее 32 нед с массой тела менее 1500 г, 30 детей (контрольная группа) — родились доношенными. Основная группа была представлена двумя подгруппами: пациенты с ЭНМТ (18 человек) и с ОНМТ (32 человека) при рождении. Все дети были рождены в условиях перинатальных центров Саратовской области.

**Результаты.** Максимальная заболеваемость ОРИ среди НД регистрировалась на 1-м году жизни (достоверных различий между подгруппами не выявлено). Однако в 86% случаев (100% детей с ЭНМТ и 84% детей с ОНМТ) отмечалось их осложненное течение, в то время как в контрольной группе — лишь в 23% случаев ( $p < 0,0001$ ). На 2-м году жизни основная группа (66%) продолжала лидировать относительно группы сравнения (33%) ( $p < 0,01$ ) по частоте осложненных ОРИ (100% случаев в подгруппе ЭНМТ), а на 3-м году жизни данный вариант течения наблюдался в 100% случаев у детей с массой тела при рождении менее 750 г. Это определяло более высокую частоту госпитализаций по поводу ОРИ среди НД в сравнении с КГ ( $p < 0,05$ ), особенно среди детей подгруппы ЭНМТ.

Группа ЧБД на протяжении первых трех лет жизни была сформирована лишь среди НД (1 ребенок с ЭНМТ и 4 ребенка с ОНМТ). Выявлена прямая корреляционная связь между принадлежностью НД к ЧБД, тяжестью их состояния в неонатальном периоде ( $r = 0,26$  при  $p < 0,05$ ) и наличием положительных результатов исследования на маркеры хламидийной инфекции ( $r = 0,29$  при  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** НД с ЭНМТ и ОНМТ при рождении значимо отличаются от доношенных сверстников по частоте осложненного течения ОРИ в раннем возрасте. Для детей с ОНМТ данная закономерность отмечается на протяжении первых двух лет жизни, а для детей с ЭНМТ — на протяжении всего периода раннего возраста. Группа ЧБД в раннем возрасте была выделена исключительно среди НД (1 ребенок с ЭНМТ и 4 ребенка с ОНМТ).

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ В УСЛОВИЯХ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Яценко Н.О., Шикова И.В., Латт Е.В.

*ГБУЗ ЛО «Ломоносовская МБ», Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время уровень здоровья подростков ухудшается, это сказывается и на реализации их репродуктивного потенциала в будущем. В условиях сельской местности подростки практически лишены специализированной помощи. Поэтому разработка методов работы с подростками в условиях земства особенно актуальна.

**Цель исследования.** Разработать метод работы с подростками в условиях сельской местности, внедрить в практику, оценить эффективность.

**Пациенты и методы.** Совместно с Комитетом по образованию Ломоносовского района разработан проект, направленный на санитарное просвещение и скрининговое обследование подростков. В исследовании приняли участие 247 подростков общеобразовательных школ района (116 юношей и 131 девушка) в возрасте 15–17 лет. В течение года с учащимися проводились занятия в условиях образовательных учреждений района, занятия с медицинскими сестрами образовательных учреждений сельских поселений, регулярные профилактические осмотры методом выездных бригад специалистов. Через год было проведено анонимное анкетирование по вопросам репродуктивного здоровья, семейных отношений, планирования брака, рождения детей, оценен уровень выявляемости патологии и увеличения повторной явки к специалистам.

**Результаты.** Организован Центр охраны репродуктивного здоровья подростков на функциональной основе. Реализация проекта определена двумя направлениями, включающими выезды специалистов-медиков в образовательные учреждения деревень и поселков района, поэтапно.

I этап: проведение занятия в интерактивной форме (лекция, семинар, игровая форма — квест) с целью информирования подростков о психофизиологических особенностях пубертата, разъяснения необходимости профилактического осмотра органов репродуктивной системы, выявления наиболее важных для современных подростков проблем и вопросов.

II этап: проведение профилактического осмотра подростков специалистами Центра охраны репродуктивного здоровья подростков с использованием передвижной амбулатории с целью выявления патологии, проведения профилактической и просветительской работы.

По окончании прохождения двух этапов одной школой в интерактивной форме проводится церемония передачи эстафеты с вручением талисмана (игрушка кот Апельсин) следующему общеобразовательному учреждению для подготовки реализации этапов проекта согласно графику работы выездной бригады специалистов.

Согласно письму Министерства здравоохранения Российской Федерации, проект «Организация Центра охраны репродуктивного здоровья подростков в условиях сельской территории» вошел в число лучших практик по итогам 2021 г.

Практически в 100% случаев у молодых людей есть вопросы по здоровому образу жизни, психологии отношений, планированию семьи в будущем. В основном проблемы интимного характера подростки обсуждают с близким другом/подругой — 158 детей (64%), предпочли не делиться и решать свои проблемы самостоятельно — 21 респондент (8,5%), только 42 подростка (17%) обсуждают свои проблемы с родителями.

На 13% увеличилось количество выявляемой патологии, в 52% случаев отмечена повторная явка к специалистам. После проведенных занятий 67% подростков отмечают значительное повышение уровня знаний о репродуктивном здоровье и доверия к медикам.

**Заключение.** Условия, необходимые для успешной работы с подростками в условиях села: создание ЦОРЗП, использование для работы передвижной амбулатории, межведомственное взаимодействие, информированность и активное вовлечение родителей для реализации этапов проекта, активная мотивация специалистов ЦОРЗП, педагогов, волонтеров-медиков, использование интерактивного метода взаимодействия подростков со специалистами ЦОРЗП. Разработка эффективных методов работы с подростками в условиях земской медицины требует дальнейшего совершенствования и внедрения в практику.

# ЧАСТЬ II

## XIV ФОРУМ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

### РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ МЕДСЕСТРЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В МОТИВИРОВАНИИ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ

**Аверкина С.В.**

*ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 ДЗМ», Москва,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Актуальность продиктована необходимостью усиления взаимодействия медицинского персонала, в данном случае — участковой медицинской сестры, и родителей пациентов в целях оказания эффективного мотивационного влияния на принятие решения о проведении вакцинопрофилактики в медицинском учреждении поликлинического типа.

**Цель исследования.** Раскрытие роли медицинской сестры детской поликлиники в мотивировании родителей к вакцинации детей.

**Пациенты и методы.** В соответствии с целью исследования поставлены следующие задачи:

- проанализировать причины отказа родителей от вакцинации своих детей;
- рассмотреть роль участковой медицинской сестры в организации, пропаганде и проведении вакцинопрофилактики детей;
- исследовать статистику проведения вакцинации на примере ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ»;
- раскрыть результаты анкетирования родителей по вопросам вакцинации детей в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ»;
- сделать выводы по результатам проведенного анализа данной анкеты;
- проанализировать рекомендации для мотивации родителей к вакцинации детей и поделиться опытом работы, проводимой в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ».

**Результаты.** Снизить количество отказов родителей от вакцинации своих детей, повышая таким образом процент привитости детского населения, прикрепленного к ГБУЗ «ДГП №133 ДЗМ».

**Заключение.** В большинстве случаев причинами отказа родителей от вакцинации являются недостаточная информированность по данному вопросу, а также ложная информация, распространяемая в социальных сетях. Это влечет за собой формирование у родителей ошибочных мнений, суждений. Необходимо шире использовать различные способы донесения квалифицированной медицинской информации до родительского сообщества, в том числе от авторитетных источников и амбассадоров мнений. Важной составной частью этого сложного, но необходимого процесса являются работа участковой медицинской сестры, ее умение доступно и квалифицированно донести до своих пациентов и их законных представителей необходимость проведения вакцинации. От качества ее деятельности, упорства, регулярности проведения данной работы в немалой степени зависит и успешность вакцинопрофилактики в целом.



## ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ

**Благодарзума Т.С.**

*ГУЗ «Краевая детская клиническая больница», Чита, Российская Федерация*

**Актуальность.** Некротический энтероколит (НЭК) — это серьезная проблема периода новорожденности, требующая современной диагностики и лечения. Чаще он развивается у недоношенных младенцев с низкой массой тела при рождении. Причем чем меньше масса ребенка и срок беременности, тем выше частота НЭК, в связи с этим его часто называют «болезнью выживших недоношенных». Реже данная патология встречается у доношенных новорожденных и пациентов грудного возраста. НЭК встречается с частотой 0,3–2,4 на 1000 новорожденных и составляет 2–7% от всех младенцев, поступающих в неонатологические отделения интенсивной терапии.

**Цель исследования.** Обеспечение необходимой современной информацией специалистов среднего звена по вопросам особенностей сестринского ухода, минимизации профессиональных рисков, профилактики послеоперационных осложнений пациентов периода новорожденности с некротическим поражением ЖКТ на разных стадиях.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось на базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей ГУЗ «Краевая детская клиническая больница». По статистическим данным, заболевают 2–7% новорожденных, поступающих в отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей ГУЗ «Краевая детская клиническая больница» по поводу различных патологических состояний. В патогенезе заболевания определяющую роль играют три фактора: гипоксия и ишемия, перенесенные в перинатальном периоде; неадекватное энтеральное питание и колонизация кишечника патогенной микрофлорой. В настоящее время согласно проекту протокола ведения больных с НЭК Российского общества неонатологов (РОН) национальным руководством по детской хирургии рекомендована к использованию классификация Walsh & Kliegman (1983), которая, по данным литературы, позволяет не только своевременно поставить диагноз НЭК, но и определить стадию развития заболевания, назначить лечение и обеспечить профессиональный сестринский уход в соответствии со стадией развития заболевания.

**Результаты.** Для успешного выхаживания новорожденного после хирургического вмешательства необходимы грамотная организация ухода и создание лечебно-охранительного режима: подготовка рабочего места; ограничение световых, звуковых, тактильных, болевых раздражителей; соблюдение температурного режима; мониторинг жизненно важных функций; уход за венозными катетерами; своевременная смена желудочного зонда, мочевого катетера; щадящий развивающий уход; уход за респираторным трактом; взвешивание в раннем послеоперационном периоде проводят по назначению врача в среднем раз в три дня.

Важным моментом в послеоперационном периоде является уход за кожей вокруг кишечной стомы — своевременная смена калоприемника с предварительным нанесением на кожу вокруг стомы защитной пасты Абуцел. Обработку операционного шва необходимо проводить 1–2 раза в день.

Основной задачей ухода за пациентами в послеоперационном периоде является профилактика осложнений:

- использование стерильных средств индивидуальной защиты с целью минимизации профессиональных рисков и профилактики ИСМП;
- строгое соблюдение правил асептики и антисептики, гигиены рук, санитарно-эпидемиологического режима, дезинфекции и стерилизации;
- проведение интенсивной инфузионной и антибактериальной терапии, обезболивания после хирургического вмешательства.

При приготовлении растворов для парентерального питания следует использовать компаундер. Этот прибор устанавливается в процедурном кабинете и размещается в ламинарном шкафу. Главные преимущества данной технологии: отсутствие соприкосновения стерильных растворов с окружающей средой, точность дозирования при смешивании компонентов.

**Заключение.** В достижении положительного результата и благоприятного исхода заболевания огромное значение имеют правильная организация ухода, знание своего дела и профессионализм медицинской сестры.



## ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ КОРИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ермакова М. Н.

*ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 ДЗМ», Москва,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Корь является крайне заразной и тяжелой болезнью вирусного происхождения. На сегодняшний день она остается одной из основных причин смерти детей раннего возраста во всем мире.

**Цель исследования.** Мотивация родителей к своевременной профилактике детей, формирование коллективного иммунитета к кори.

**Пациенты и методы.** Организация и проведение онлайн- и очных бесед о необходимости вакцинации в рамках национального календаря профилактических прививок.

**Результаты.** В соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 08.08.2023 № 1 «О проведении подчищающей иммунизации против кори на территории Российской Федерации» была проведена кампания по подчищающей иммунизации против кори детей, ранее отказывающихся от вакцинации. Проводятся лекции, онлайн-встречи с родителями, на которых постоянно обсуждаются вопросы иммунопрофилактики детей.

**Заключение.** Корь — воздушно-капельная, вакциноуправляемая инфекция — имеет самый высокий показатель контагиозности. Для обеспечения стойкого коллективного иммунитета необходимо поддерживать высокий (не менее 95%) уровень охвата иммунизацией против данной инфекции.

Для достижения максимального охвата необходимо активно в постоянном режиме проводить разъяснительную работу с законными представителями о важности иммунизации против кори, рисках развития осложнений среди непривитых лиц, доводить актуальную информацию об эпидемической ситуации по заболеваемости корью. Ежедневно проводить мониторинг по выявлению лиц, подлежащих иммунизации, при их обращении за любыми видами медицинской помощи.



## «ГИПЕРТОНИЯ, СТОП!», ИЛИ «Я — ДЕЖУРНЫЙ ПО ЗДОРОВЬЮ!»

Муратова Н.А.

ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 13», Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** Актуальность проблемы профилактики артериальной гипертензии в современной реальности сложно переоценить. Люди привыкли относиться к повышенному давлению как к легкому, неопасному отклонению от нормы.

Проект «Я — дежурный по здоровью!» был основан на необходимости ввести в привычку целевых групп населения ежедневно контролировать артериальное давление, знать симптомы критического состояния, своевременно обращаться за медицинской помощью. Ведущая роль в проекте по обучению учащихся школ города Тюмени была предоставлена волонтерам — школьникам из МАОУ СОШ № 67 (г. Тюмень) под моим руководством.

**Цель исследования.** Популяризация здорового образа жизни и внедрение профилактики артериальной гипертензии среди школьников. Задачи проекта:

- привлечение школьников к волонтерской деятельности;
- тренинг и инструктаж по программе всеобуча со школьниками;
- выявление патологий среди школьников;
- пропаганда волонтерами-школьниками заботы о здоровье среди взрослого населения;
- проведение аналитики профилактических мероприятий в школе;
- формирование группы из среднего медицинского персонала из всех городов и районов Тюменской области для обучения и передачи опыта по проекту.

**Пациенты и методы.** Кастинг среди учащихся одной из средних школ положил начало задуманному. Для проведения длительного эксперимента с всеобучем требовалось найти не просто активных и заинтересованных ребят, а тех, кто умеет убеждать, легко находить контакт, доступным языком доносить до школьников разных возрастов суть проблемы, давать грамотные ответы на вопросы. Но наши поиски все же увенчались успехом.

Две девятиклассницы — Валерия и Мария — завоевали особое доверие своей целеустремленностью, умением расположить собеседников и держать заинтересованность аудитории; они быстро адаптировались в предложенных обстоятельствах, тщательно изучили имеющиеся материалы и блестяще усвоили презентацию «Я — дежурный по здоровью». Прочитав дополнительно множество методических материалов о гипертонической болезни, основных факторах риска, Мария и Валерия решили сначала попробовать себя в новой роли в кругу одноклассников. Чтобы уверенно и обстоятельно обучать школьников с 5-го по 11-й класс, волонтеры под пристальным вниманием наставников отработали риторичку и освоили навыки тонометрии. И наш проект «отправился в большое плавание».

Предварительно участниками проекта, фельдшерами школы, мной были разработаны брошюры для школьников, заведен журнал регистрации обучающихся во всеобуче, а также продуманы анкеты (опросники). В начале общения волонтеры задавали вопросы в группах ребят, слышали ли они о таких заболеваниях, как АГ, инфаркт, инсульт, что они знают об этих заболеваниях, имеются ли эти заболевания у их близких родственников. Всеобуч по артериальной гипертензии заинтересовал не только подростков, но и преподавателей и непосредственно родителей. Дети и подростки, получив новую важную информацию от волонтеров, стали более внимательно относиться к здоровью старших членов семьи, попросили приобрести тонометры для дома, где их не было.

**Результаты.** При проведении всеобуча нами было охвачено 783 школьника, в процессе обучения удавалось неоднократно выявлять повышенное АД и предполагаемые факторы повышенного давления среди школьников (избыточная масса, наследственная предрасположенность) с последующей постановкой на диспансерный учет в поликлинику по месту жительства. За 6 мес старшей медицинской сестрой Муратовой Натальей Анатольевной было организовано и проведено 37 мастер-классов (23 — среди школьников, 14 — для специалистов других ЛПУ) совместно с волонтерами-школьниками.

Профориентационная работа также принесла свои плоды: Мария поступила в Медицинский институт г. Екатеринбург, а Валерия стала студенткой Тюменского медицинского колледжа.

**Заключение.** Поставленную цель проекта по популяризации здорового образа жизни и профилактике артериальной гипертензии среди школьников удалось полностью реализовать. Ребята, обученные в рамках всеобуча, будут регулярно контролировать артериальное давление, следить за своим здоровьем и беречь здоровье старшего поколения. Благодаря этому, возможно, многим семьям удастся избежать таких грозных последствий запущенной гипертонической болезни, как инфаркт и инсульт.

## ПРОЕКТ «ЗНАНИЯ, СПАСАЮЩИЕ ЖИЗНЬ»

Муратова Н.А.

*ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 13», Тюмень, Российская Федерация*

**Актуальность.** Актуальность темы проекта заключается в необходимости формирования у учащихся общеобразовательных организаций правильных и устойчивых навыков оказания первой помощи.

Природные и техногенные катастрофы, военные конфликты, теракты, аварии и несчастные случаи, которые происходят всегда неожиданно, заставляют задуматься о необходимости правильно реагировать и прилагать все усилия для спасения не только собственной жизни, но и жизни других людей.

По международным данным, 80% тяжело пострадавших могли бы выжить, если бы первая помощь была им оказана в течение первых 5 мин, через 10 мин шанс на спасение имеют порядка 50% пострадавших, в течение часа — лишь 15–20%. Именно поэтому кем бы ни был человек, он должен уметь оказывать первую помощь правильно и не задумываясь, потому что секунда промедления может стоить жизни, а иногда и не одной.

**Цель исследования.** Оказание первой помощи — один из базовых навыков, которым должен обладать каждый человек. Именно поэтому обучение этому жизненно важному навыку начинается еще в школе. К сожалению, ввиду многих факторов в учебных заведениях оно, как правило, не заходит дальше теоретической подготовки. Однако в этом вопросе важна в первую очередь практика.

**Пациенты и методы.** Обучаемыми являлись школьники с 5-го по 8-й класс.

Методы: разработка анкеты-опросника; создание наглядных брошюр для школьников; проведение теоретических и практических занятий; анализ проведенных мероприятий.

**Результаты.** Всего было охвачено 855 школьников: 9 пятых, 4 шестых, 6 седьмых, 9 восьмых классов. Проведено 28 лекций и 84 мастер-класса.

**Заключение.** Стоит отметить, что отсутствие полноценного обучения школьников навыкам оказания первой помощи, позволяющим адекватно оценить ситуацию на месте происшествия и принять необходимые и наиболее правильные действия, — это актуальная проблема, решение которой в долгосрочной перспективе положительно скажется на снижении уровня смертности из-за не оказанной вовремя первой помощи. На сегодняшний день проект успешно реализован, школьники обучены навыкам оказания первой помощи. Внедрение проекта «Знания, спасающие жизнь» возможно тиражировать в других медицинских организациях.

## **ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПЕДИАТРИИ**

**Правдолюбов А.С.**

*ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 ДЗМ», Москва,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** Этическое воспитание и знание деонтологических подходов к пациентам средних медицинских работников имеет важное значение, ведь это одна из тех профессий, где непосредственный контакт с другим человеком играет первостепенную роль. Поэтому так важно научить медицинского работника этике общения и нормам профессионального поведения.

**Цель исследования.** Определить уровень знания медицинской этики, изучить ее влияние на профессиональную деятельность.

**Пациенты и методы.** Теоретический анализ психологической и медицинской литературы, наблюдение, обобщение. Объект исследования — профессиональная деятельность среднего медицинского работника в педиатрии. Предмет исследования — медицинская этика деятельности среднего медицинского работника в педиатрии.

**Результаты.** Медицинский работник в педиатрии, как никто другой, близко находится к больному ребенку и его семье. Ему приходится работать с разными категориями детей, и для каждого из них он должен постараться создать комфортную атмосферу. Справиться с данной работой способен специалист, который обладает такими качествами, как профессионализм, глубокое сочувственное понимание, честность, тактичность, любовь к детям. По итогам данного исследования нами была достигнута цель: изучение этических аспектов профессиональной деятельности среднего медицинского работника в педиатрии.

**Заключение.** Подводя итоги, можно сказать, что медицинскому работнику необходимо быть не только грамотным специалистом, но и хорошим психологом, умеющим ладить не только с больными детьми, но и с их семьями. Именно такой специалист может гарантировать успех в процессе лечения. Это возможно лишь при ясном понимании целей и задач, хорошей профессиональной подготовке, творческом отношении к своему делу.

## **ХЕНДЛИНГ — ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВЗРОСЛОГО С МЛАДЕНЦЕМ. РОЛЬ НЕОНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

**Сергеева Я.А.**

*ГБУЗ Забайкальский краевой перинатальный центр, Чита, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время большое количество детей страдает различными патологиями опорно-двигательного аппарата, поэтому правильное пребывание младенца на руках приобретает все большую актуальность. Ключевую роль в родовспомогательных учреждениях, обучении родителей и уходе за младенцами отводят неонатальным медицинским сестрам, так как именно они являются тем «первоисточником», который может показать, объяснить и научить, их знаниям и опыту доверяют.

**Цель исследования.** Изучить понятие, принципы хендлинга. Проведение профилактической работы неонатальных медицинских сестер с родственниками новорожденных.

**Пациенты и методы.** Новорожденные дети и их родственники. Методы исследования: наглядно-действенный, словесно-образный, практический.

**Результаты.** Профессиональные навыки, знания и опыт неонатальных медицинских сестер позволяют качественно улучшить уход за новорожденными. Медицинская сестра, обучая родственников правильному пребыванию младенца на руках — хендлингу, при котором малыш учится осознавать себя, свое тело, свои границы и возможности, помогает в будущем обеспечить его полноценное развитие. Понятие поэтапной вертикализации ребенка дает свести к минимуму развитие патологий опорно-двигательного аппарата. Проводилось обучение хендлингу, приемам ухода и массажа.

**Заключение.** Деятельность медицинской сестры должна быть направлена не только на снижение воздействия негативных факторов риска на здоровье ребенка, но и на профилактику различных патологических состояний. Обучение родственников имеет важное значение как в формировании практического опыта в семье, так и в развитии моторных навыков младенца.



## **ВОЗМОЖНОСТИ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПЫЛЬЦЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ**

**Серебрякова С.В.**

*ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», Чита,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** По официальным данным, в РФ отмечается рост заболеваемости бронхиальной астмой и аллергическим ринитом с пыльцевой сенсibilизацией среди детей. Без проведения соответствующей терапии данные заболевания неуклонно прогрессируют с течением возраста. Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) является единственным патогенетическим методом с высоким уровнем доказательности эффективности и безопасности лечения пыльцевой сенсibilизации в детской практике. Аллерген-специфическая иммунотерапия проводится самостоятельно медицинской сестрой по назначению и под контролем врача аллерголога-иммунолога. От профессионализма медицинской сестры зависят повышение эффективности проводимого лечения и снижение развития анафилаксии.

**Цель исследования.** Оценить роль медицинской сестры аллергологического кабинета в повышении эффективности проведения специфической диагностики и аллерген-специфической иммунотерапии у детей.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось на базе процедурного аллергологического кабинета общеполитического отделения ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» методом изучения амбулаторных карт пациентов, подлежащих АСИТ. В группу вошли дети и подростки в возрасте от 5 до 17 лет в количестве 1122 человек. Аллергодиагностика и аллерген-специфическая иммунотерапия проводились пыльцевыми и бытовыми аллергенами АО «НПО «Микроген».

**Результаты.** При проведении анализа полученных результатов специфической диагностики доля аллергических реакций с пыльцевой сенсibilизацией остается высокой на протяжении 3 лет (с октября 2018 по март 2020 г.). Участие медицинской сестры аллергологического кабинета состоит в проведении кожных аллергологических проб, осуществлении специфической иммунотерапии по назначению врача аллерголога-иммунолога, в обеспечении правильного хранения и использования аллергенов для диагностики и лечения, самостоятельной оценке правильности выполнения специфической иммунотерапии, контроле состояния пациентов с помощью дневников наблюдения на протяжении всего периода проведения АСИТ, обучении родителей пациентов с пыльцевой сенсibilизацией, целью которого является достижение приверженности проведению АСИТ.

**Заключение.** Своевременное обращение к специалисту, правильно подобранная аллерген-специфическая иммунотерапия и профессиональные действия медицинской сестры уменьшают выраженность симптомов пыльцевой сенсibilизации, снижают риск развития бронхиальной астмы и тяжелых клинических форм пыльцевой аллергии. Медицинская сестра не только выполняет назначения лечащего врача и проводит постоянный мониторинг состояния пациента в период проводимого лечения и после него, но и морально поддерживает пациентов, настраивает их на выздоровление, вселяет оптимизм, что непременно влияет на эффективность проводимого лечения и достижение стойкой ремиссии аллергических заболеваний.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КИНЕЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК Г. ЧИТЫ**

**Тюшкова Л.М.**

*ГУЗ «ДКМЦ г. Читы», Чита, Российская Федерация*

**Актуальность.** Ведущее место среди средств физической реабилитации отводится физическим упражнениям, так как двигательная активность — важнейшее условие формирования здорового образа жизни, она же является основой правильного построения медицинской реабилитации. Кинезиотерапия — основной метод двигательной реабилитации, который заключается в восстановлении мышечной системы, поддержании ее на достигнутом уровне. На окончательный результат реабилитации оказывают влияние объем, адекватность и правильность выбора тактики восстановительного лечения, координация и согласованность деятельности врачей и медицинских сестер.

**Цель исследования.** 1. Изучение функционального состояния организма ребенка с целью определения допустимого уровня объема и интенсивности предполагаемой дальнейшей реабилитации. 2. Оценка эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось на базе ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» методом изучения статистических данных, наблюдения, опроса. Количество пролеченных пациентов со дня начала работы, ноябрь 2022 г., составляет 6% детского населения г. Читы.

**Результаты.** Разработанные на основе методов кинезиотерапии индивидуальные реабилитационные программы могут быть использованы в качестве базовой составляющей при составлении конкретных программ реабилитации у детей с заболеваниями ортопедического профиля. В этом случае повышается качество оказания медицинской помощи данному контингенту пациентов. Лечение предполагает проведение индивидуальных реабилитационных программ, включающих осмотр специалистов, лечебную физкультуру, массаж, занятия с психологом. В данном процессе важно участие инструктора по лечебной физкультуре в расстановке приоритетов медицинской реабилитации, организации всего сестринского процесса, так как значительная часть процедур выполняется специалистами среднего звена.

**Заключение.** По результатам изучения функционального состояния организма ребенка с целью определения допустимого уровня объема и интенсивности дальнейшей реабилитации проведение ее в условиях ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» представляется обоснованным и целесообразным.

# СОДЕРЖАНИЕ

## Часть I

<i>Абдуллина Г.А., Акберова А.А., Гаянова М.А.</i> НЕФРОЛОГИЧЕСКИЙ КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, ДО ТРЕХЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА.....	1
<i>Абубакирова А.В., Скачкова М.А., Карпова Е.Г., Тарасенко Н.Ф., Рыбалкина М.Г.</i> НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОРЕНБУРГСКОГО РЕГИОНА.....	2
<i>Адельмурзина А.И.</i> ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ .....	3
<i>Алиева У.А., Гараева С.З., Джафарова С.С.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ МАЛЕНЬКИМИ ДЛЯ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА .....	4
<i>Алиева Э.И., Поддубный И.В., Сьтыков В.В., Цаца М.В.</i> SARS-COV-2 КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ).....	5
<i>Алиева Э.И., Трунов В.О., Маликова И.О.</i> ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ПИЩЕВОДА III СТЕПЕНИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ.....	6
<i>Аманова М.А., Холостова В.В., Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Митупов З.Б.</i> СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ У ДЕТЕЙ: ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	7
<i>Апухтина А.А., Воротникова Н.А., Казиханова М.А., Попова С.В.</i> РЕБЕНОК С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СТАЦИОНАРЕ: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНЫХ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ .....	8
<i>Арефьева А.Н., Маткава В.Г., Арсеньева С.В., Каледа М.И., Салугина С.О., Федоров Е.С., Никишина И.П.</i> ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕБАКТЕРИАЛЬНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА: ОПЫТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА .....	9
<i>Арсеньева С.В., Никишина И.П., Маткава В.Г., Арефьева А.Н.</i> ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ КОСТНАЯ ГЕТЕРОПАЗИЯ: МАЛОИЗВЕСТНАЯ ПРИЧИНА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОССИФИКАЦИИ У ДЕТЕЙ. СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ.....	10
<i>Архипова А.Г., Бец О.Г., Еремина К.Ю.</i> ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПОПАВШИМ В ТРУДНУЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ, НА ОСНОВАНИИ РАБОТЫ КУРСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО КРАСНОГО КРЕСТА .....	11
<i>Афонина Н.М., Михеева И.В.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЕМ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ .....	12
<i>Барышева Е.Д., Руденко С.В.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТОФ-МОНИТОРИНГА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ КЛИПИРОВАНИИ ЯИЧКОВОЙ ВЕНЫ.....	13
<i>Безкаравайный Б.А., Манищенков С.Н., Сенченко Н.Г.</i> ПОЛИРЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ — АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В ЛЕЧЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	14
<i>Белкова Т.Н., Оксеньчук Т.В., Герасименко Н.Ю., Завалина Н.В.</i> ДИАГНОСТИКА РЕДКОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И КОСТЕЙ ЧЕРЕПА У НОВОРОЖДЕННОГО.....	15
<i>Белюсова М.С., Гукова Д.А., Исупанова Х.М., Суховеева А.Е.</i> ОСОБЕННОСТИ СТЕРЕОТИПА ПИТАНИЯ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ.....	16
<i>Беляева Е.В., Ушакова С.А., Шайтарова А.В., Петрушина А.Д., Халидуллина О.Ю., Дюсимбаева Д.К., Гриневич В.Е.</i> ОСОБЕННОСТИ ФАКТИЧЕСКОГО РАЦИОНА ДЕТЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ.....	17

<i>Беляева И.А., Бомбардирова Е.П., Турти Т.В., Шукенбаева Р.А.</i> НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ И ДИСБАЛАНС НЕЙРОПЕПТИДОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РИСКОМ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ .....	18
<i>Беседина М.В., Толстова Е.М., Зайцева О.В., Зайцева Н.С., Кузина С.Р., Хаспеков Д.В., Турищев И.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ .....	19
<i>Бовбель И.Э., Журавлева А.М., Прилуцкая В.А., Горовая С.Г., Янковская М.Г.</i> ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 .....	20
<i>Бомберова Л.А., Безлер Ж.А., Легкая Л.А.</i> СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ .....	21
<i>Бордюгова Е.В., Дубовая А.В., Конов В.Г.</i> СИНДРОМ ЛЁЖЕНА: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ .....	22
<i>Бурибаева Б.И., Халилова З.Т., Касимов И.А., Шаджалилова М.С.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭШЕРИХИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА .....	23
<i>Бурлуцкая А.В., Зенкина О.Ю., Статова А.В., Гурина Е.С.</i> СЛОЖНЫЙ ДИАГНОЗ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА: СИНДРОМ АЛАЗАМИ .....	24
<i>Бурлуцкая А.В., Алексеенко А.С., Маруева Т.А., Иноземцева Д.А.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ: СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ .....	25
<i>Бурлуцкая А.В., Власова М.А., Шанишоева Н.Ш., Богачева С.М.</i> ПРИВЕРЖЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Г. КРАСНОДАРА ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ .....	26
<i>Бурлуцкая А.В., Зенкина О.Ю., Богачева С.М., Статова А.В.</i> MODY-2 ДИАБЕТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ У РЕБЕНКА 13 ЛЕТ .....	27
<i>Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А.</i> БОЛЕЗНЬ КИКУЧИ – ФУДЖИМОТО: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ У РЕБЕНКА 11 ЛЕТ .....	28
<i>Бурлуцкая А.В., Статова А.В., Богачева С.М., Иноземцева Д.А., Борлакова И.И.</i> ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ: ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ И РОДИТЕЛЕЙ О ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ .....	29
<i>Варламова Т.В.</i> АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ .....	30
<i>Варламова Т.В., Грязина Е.М.</i> АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ .....	31
<i>Васенёва Ю.О., Вахлова И.В.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ CFTR-МОДУЛЯТОРА ИВАКАФТОР/ЛУМАКАФТОР У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ .....	32
<i>Васильева Т.М., Лобаненкова И.А., Русинова Д.С.</i> РЕДКАЯ СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ФОРМЫ БРУЦЕЛЛЕЗА И ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР .....	33
<i>Винникова В.Г., Ежова А.И., Родионовская С.Р., Новикова Е.А.</i> ФЕНОМЕН ЭДТА-ЗАВИСИМОЙ ПСЕВДОТРОМБОЦИТОПЕНИИ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ГЕМАТОЛОГА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) .....	34
<i>Власенко Н.Ю., Павлинова Е.Б., Белавина М.В., Юдицкая Т.А., Юнгман Н.В., Каргаполова К.И., Кузнецова П.В.</i> РОЛЬ ВОЛОНТЕРОВ-МЕДИКОВ В РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА И С ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ .....	35
<i>Власенко Н.Ю., Павлинова Е.Б., Белкова Т.Н., Каньчева Н.П., Самбрат П.А., Герасименко Н.Ю.</i> ГИПОФОСФАТАЗИЯ, ИНФАНТИЛЬНАЯ ФОРМА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) .....	36
<i>Волкова Н.А., Михеева И.В.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ФОНЕ СМЕНЫ ТАКТИКИ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ .....	37
<i>Воротникова Н.А., Терентьева А.В., Мордасова Л.Н.</i> ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПАЦИЕНТУ С КАШЛЕМ – ЗАЛОГ ПРАВИЛЬНОГО ДИАГНОЗА .....	38
<i>Вялкова А.А., Чеснокова С.А., Маркварт В.Д.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИСТАЛЬНОГО РЕНАЛЬНОГО ТУБУЛЯРНОГО АЦИДОЗА 1-ГО ТИПА У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА .....	39

<i>Вялкова А.А., Чеснокова С.А., Плотникова С.В.</i> РЕНАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ. ....	40
<i>Габитова Н.Х., Черезова И.Н.</i> НАРУШЕНИЕ РИТМА У НОВОРОЖДЕННЫХ И COVID-19. ....	41
<i>Гайфутдинова А.Р., Малов А.А., Камалова А.А.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ. ....	42
<i>Галактионова Д.М., Гордиенко Л.М., Лебедева Л.Ю.</i> КЛИНИКО-МЕТАБОЛОМНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОРЕНБУРЖЬЕ. ....	43
<i>Гараева С.З., Алиева У.А., Велиева К.Т., Рзаева З.П.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. ....	44
<i>Гасанова Н.С., Сафарова И.А., Мирджавадлы Р.М., Мамедова Ф.М., Мамедов С.Б.</i> СЛУЧАЙ ПОЛИЦИКЛИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СУБСЕПСИСА ВИССЛЕРА – ФАНКОНИ. ....	45
<i>Гончар Н.О., Ким А.В., Ерина М.Ю.</i> ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ. ....	46
<i>Горбач Л.А.</i> ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ КАТАСТРОФЫ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19. ....	47
<i>Гордиенко Л.М., Вялкова А.А.</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ. ....	48
<i>Горкина Л.Ф., Фалетров М.В., Анিকেева Н.А., Йешкина М.Н., Чуйко Н.А., Космина В.Д., Никитина С.С., Тарара Ю.К.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЛИЦИНОВОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У РЕБЕНКА. ....	49
<i>Григораш О.С., Казиханова М.А.</i> БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ САРАТОВСКОГО РЕГИОНА. ....	50
<i>Грицинская В.Л., Лисовский О.В., Лисица И.А., Завьялова А.Н.</i> ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ПЕРВОКУРСНИКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА. ....	51
<i>Гулямова М.А., Ходжиметова Ш.Х., Турсунбаева Ф.Ф., Орзикулова С.Ф.</i> НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С СЕПСИСОМ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ....	52
<i>Гулькина Е.В., Вялкова А.А., Чеснокова С.А.</i> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ. ....	53
<i>Даминова М.Н., Таипулатова Ф.К., Агзамова Ш.А., Абдуллаева О.И.</i> ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ КОРИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ. ....	54
<i>Дворецкая Т.И., Самойлова О.В., Арсланова И.М., Русинова Д.С.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА И СЛИНГА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ. ....	55
<i>Деева Ю.В., Хубезова И.Е., Агафонова А.А., Елисеева А.С.</i> ВТОРИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ. ....	56
<i>Джумагазиев А.А., Отто Н.Ю., Безрукова Д.А., Сосиновская Е.В., Парамонова К.В.</i> ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА И УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ. ....	57
<i>Джумагазиев А.А., Отто Н.Ю., Безрукова Д.А., Сосиновская Е.В., Филипчук А.В.</i> ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТ МАТЕРЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ. ....	58
<i>Ермилова Е.А., Русинова Д.С.</i> ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ. ....	59
<i>Ершова И.Б., Васендина М.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕМЕНТНОГО БАЛАНСА И ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ. ....	60



<i>Ершова И.Б., Левчин А.М., Глушко Ю.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ .....	61
<i>Жданова И.А., Смычкова Е.В., Осадчая Е.И., Краковец И.В., Картавцева А.В., Дудий С.Е.</i> БЕЗОПАСНОЕ ПРОСТРАНСТВО СНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ МЛАДЕНЦЕВ.....	62
<i>Зайцева С.В., Томилова А.Ю., Мухортых В.А., Воронина О.Б., Муртазаева О.А., Магомедова Х.А.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМАЛИЗУМАБА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ.....	63
<i>Закирова А.М., Файзуллина Р.А., Мороз Т.Б., Сабирзянова М.Ф., Лукина О.И., Ибрагимова Ж.Р.</i> ЗНАЧЕНИЕ АДГЕЗИВНОСТИ БУККАЛЬНЫХ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ ДЛЯ <i>CANDIDA ALBICANS</i> У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА .....	64
<i>Закирова К.Р.</i> СОЗДАНИЕ РЕГИСТРА КАРДИОМИОПАТИЙ – ОТПРАВНАЯ ТОЧКА К СИСТЕМАТИЗАЦИИ ПАТОЛОГИИ.....	65
<i>Зарянкина А.И., Тузова Л.М., Лось Н.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК .....	66
<i>Зарянкина А.И., Дрик М.А., Баранова Е.П.</i> СПЕКТР МУТАЦИЙ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ .....	67
<i>Зиятдинова Л.М., Исмагилова М.И., Самойлова Н.В.</i> ФЕБРИЛЬНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА.....	68
<i>Зокиров Н.З., Алексеева О.П., Зокирова З.Ф., Смирнова А.И., Попкова Т.М.</i> ВИДОВОЙ СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ УРОПАТОГЕНОВ У ДЕТЕЙ С МИКРОБНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ .....	69
<i>Зокиров Н.З., Алексеева О.П., Крутова А.В., Смирнова А.И., Попкова Т.М.</i> НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ФИКСИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГЛОМЕРУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ .....	70
<i>Зокиров Н.З., Алексеева О.П., Смирнова А.И., Ежова А.И., Титкова А.К.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ЦИСТАТИНА С ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК .....	71
<i>Зокиров Н.З., Алиева Э.И., Краснов А.В., Потапова Н.А., Колесников Д.В.</i> ЭКЗОКРИННАЯ ФУНКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА.....	72
<i>Зокиров Н.З., Алиева Э.И., Краснов А.В., Потапова Н.А.</i> АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В Г. ДОЛГОПРУДНОМ.....	73
<i>Зябкин И.В., Калинина М.П., Магомедова А.М., Пильников В.Г.</i> ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ПОДРОСТКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ .....	74
<i>Ибрагимова Ю.Н., Вахлова И.В., Федотова Г.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ДЕТЕЙ ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОЙ РСВ-ИНФЕКЦИИ.....	75
<i>Игнатенко Г.А., Дубовая А.В., Науменко Ю.В., Каменева Ю.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	76
<i>Ильина М.С., Морозова В.А., Самороднова Е.А., Закирова А.М.</i> НОВАЯ ФОРМА ЗАВИСИМОСТИ – КУРЕНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ ПОДРОСТКАМИ И МОЛОДЕЖЬЮ.....	77
<i>Ильмуратова С.Х., Локшин В.Н., Нургалиева Ж.Ж., Манжуова Л.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ВРТ В КАЗАХСТАНЕ: ПРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ .....	78
<i>Исаева Е.П., Окороков П.Л., Зябкин И.В.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ДЕТСКО-ЮНОШЕСКОМ СПОРТЕ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ.....	79



<i>Казанцева Е.Д., Петрова А.Г., Даренская М.А., Рычкова Л.В., Семенова Н.В., Москалева Е.В.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫХ РАЗЛИЧИЙ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ И УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ С ГРИППОМ .....	80
<i>Казиханова М.А., Воротникова Н.А.</i> НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНУЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ .....	81
<i>Калита С.И., Дакуко А.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ РЕКРЕАЦИОННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК .....	82
<i>Камалова А.А., Ахмадуллина А.А., Гарина Г.А., Низамова Р.А., Квитко Э.М., Кадырова Ю.А.</i> ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЗА 5-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД .....	83
<i>Камалова А.А., Ханафина М.А., Низамова Р.А., Зайнетдинова М.Ш.</i> КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ANCA И ASCA ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ .....	84
<i>Караманешта М.М., Сиротченко Т.А., Иванова О.А., Рачкаускене И.Г.</i> ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА .....	85
<i>Кдырбаева Ф.Р.</i> ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА .....	86
<i>Ким А.В., Самойлова О.С.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МАРШРУТИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ИЗ ДЕТСКОЙ АМБУЛАТОРНОЙ СЕТИ ВО ВЗРОСЛУЮ .....	87
<i>Козлова Е.Ю., Акаев Д.И., Матюхина М.И., Мегна Бхардвадж, Пересецкая О.В.</i> АНАЛИЗ И ОЦЕНКА СОГЛАСОВАННОСТИ МНЕНИЙ РОССИЙСКИХ И ИНДИЙСКИХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ОТНОШЕНИИ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВЫБОР ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ....	88
<i>Козловский А.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ .....	89
<i>Козловский Д.А.</i> НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D .....	90
<i>Королева А.Е., Бекезин В.В., Мешкова Р.Я., Демина Е.Г., Цветная И.Н.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ IL-33 У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЖИРОВОЙ МАССЫ ТЕЛА .....	91
<i>Краснощекова Н.А., Диас Дж.А., Джулиани Р., Гуффон Н., Джонс С.А., Макговерн М., Менгель О., Скарпа М., Уиттерс П., Ярраманени А., Армстронг Н.М., Ортемани-Ренон К., Ким Й., Кумар М.</i> ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДИНАМИКИ РОСТОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ДРУГИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ УЛУЧШЕНИЯ: ДОЛГОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ У ДЕТЕЙ С ДЕФИЦИТОМ КИСЛОЙ СФИНГОМИЕЛИНАЗЫ НА ФЕРМЕНТОЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОЛИПУДАЗОЙ АЛЬФА В ИССЛЕДОВАНИИ ASCEND-PEDS .....	92
<i>Крестьяшин В.М., Зимина О.Ю., Крестьяшин И.В.</i> ПАТОЛОГИЯ СТОП У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА .....	93
<i>Кузнецова М.А., Филина Н.Ю., Латфуллина Э.Т., Москалева Д.Д., Аурбиева К.С., Хохлова А.В.</i> КАК ИЗМЕНИЛАСЬ СТРУКТУРА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОСТПАНДЕМИЙНЫЙ ПЕРИОД НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ .....	94
<i>Кулакова Г.А., Соловьева Н.А., Курмаева Е.А.</i> РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА .....	95
<i>Кулакова Е.Н., Настаушева Т.Л., Звягина Т.Г.</i> СЕМНАДЦАТИЛЕТНИЙ ПОДРОСТОК В НЕФРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА: АНАЛИЗ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ И НАПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ .....	96
<i>Лейкина В.В.</i> СПЕКТР СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ .....	97
<i>Лисеенко О.Г., Рукавицын В.Р.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ВЛИЯЮЩЕЙ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ, СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА .....	98

<i>Лисица И.А., Смирнова К.И., Павлова Т.Ю., Завьялова А.Н., Александрович Ю.С., Лисовский О.В.</i> ДИСФАГИЯ В СТРУКТУРЕ СИНДРОМА ПОСЛЕДСТВИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ .....	99
<i>Лисовский О.В., Колосюк В.А., Лисица И.А., Струков Е.Л., Кузнецова Ю.В., Близнякова Д.С.</i> ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ.....	100
<i>Малолетникова И.М., Лозовик С.К., Шачинова В.Л., Малолетникова Х.М., Винник А.В., Бильская Н.Л., Климова Н.В., Волчкова А.В.</i> РИСК ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНО-ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ТЕМПЕРАМЕНТА .....	101
<i>Малых А.Л., Малых Д.А., Ибрагимов Б.А., Беденко О.О.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ С 1 АВГУСТА ПО 10 НОЯБРЯ 2023 Г. ....	102
<i>Мамедов С.Б., Мамедова Ф.М., Гидаятлова Л.А., Саламзаде Г.З.</i> СОСТОЯНИЕ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С МИКСОМАТОЗНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ НА ФОНЕ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ .....	103
<i>Мамедов С.Б., Таги-заде Т.Г., Гасанова Н.С., Гаджиева У.К.</i> ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А .....	104
<i>Мамедова С.Н.</i> КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ.....	105
<i>Мамедова Ф.М., Мамедов С.Б., Гусейнова И.Е., Мирджавадлы Р.М.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ .....	106
<i>Маммадова А.А., Гасангулиева Г.М., Новрузова Г.А., Гараева С.З.</i> ВАРИАНТЫ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ВРОЖДЕННЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ .....	107
<i>Мамчиц Л.П., Гандьш Е.В., Бейзерова А.А.</i> ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ. ....	108
<i>Маткава В.Г., Никишина И.П., Арсеньева С.В., Арефьева А.Н.</i> ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОДИСПЛАЗИЕЙ ОССИФИЦИРУЮЩЕЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ .....	109
<i>Метелин А.В., Филлин А.В., Казакова О.В., Сидорова Е.И., Коротеева Н.А., Бабаян А.А., Новиков Д.И., Маячкин Р.Б.</i> ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ МОНОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ .....	110
<i>Миргородская А.В., Сиротченко Т.А., Головина И.Н., Грабарь И.В., Луганский Д.Е.</i> НАРУШЕНИЯ МИКРОБИОТЫ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ КОНСТИПАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ .....	111
<i>Морозова М.И., Михайлюк А.Р.</i> ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ У МЛАДЕНЦЕВ МЛАДШЕ ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАМЕНИТЕЛЕЙ ГРУДНОГО МОЛОКА.....	112
<i>Моторенко Н.В., Титова Н.Д.</i> ИНФОРМАТИВНОСТЬ КТ-ДИАГНОСТИКИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ.....	113
<i>Моторенко Н.В., Титова Н.Д.</i> ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ .....	114
<i>Налетов А.В., Марченко Н.А., Масюта Д.И.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЙОДНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПИТАНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОНБАССЕ .....	115
<i>Настаушева Т.Л., Кондратьева И.В., Чичуга Е.М., Волосовец Г.Г., Гурович О.В., Козарезов С.А.</i> X-СЦЕПЛЕННЫЙ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИЙ РАХИТ У ДЕТЕЙ ВОРОНЕЖСКОГО РЕГИОНА .....	116
<i>Науменко Е.И., Тягушева Е.Н., Раздолькина Т.И.</i> ДЕТИ С БОЛЯМИ В СЕРДЦЕ НА ПРИЕМЕ У УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА .....	117
<i>Науменко Е.И., Тягушева Е.Н., Храмихина С.С.</i> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ.....	118

<i>Николаева Ю.С., Крутова А.В., Зябкин И.В., Исаева Е.П., Мухомых В.А., Зокиров Н.З.</i> ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ РОЙФМАНА .....	119
<i>Орел В.И., Ким А.В., Катаева И.С., Гурьева Н.А., Смирнова В.И., Шарафутдинова Л.Л., Рослова З.А., Каканов А.М.</i> ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НОВОГО ТИПА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ.....	120
<i>Орел В.И., Ким А.В., Середа В.М., Ипполитова М.Ф., Гурьева Н.А., Смирнова В.И., Шарафутдинова Л.Л., Рослова З.А., Каканов А.М., Ушкац А.К.</i> ПРОБЛЕМАТИКА ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ .....	121
<i>Орел В.И., Смирнова В.И., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л., Булдакова Т.И., Орел В.В., Емельянова И.Н., Разгуляева Д.Н., Суренкова И.Н., Каканов А.М., Ченцов Д.В.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОЦЕССА ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ БЕРЕЖЛИВОГО УПРАВЛЕНИЯ .....	122
<i>Орлова Е.В., Юнак Л.Н., Астен А.А., Маслова А.М., Гасанова Ш.А., Годованая Г.В., Зайцева М.В.</i> НЕОБХОДИМОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ...	123
<i>Осоткина Е.Д., Шайтарова А.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РЕБЕНКА С СЕМЕЙНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА IV ТИПА .....	124
<i>Отто Н.Ю., Джумагазиев А.А., Шилина Н.М., Безрукова Д.А., Сосиновская Е.В., Филиппук А.В.</i> ШАНСЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПО ДАННЫМ ЖАЛОБ И ОЦЕНКИ ОБЪЕКТИВНОГО СТАТУСА .....	125
<i>Палий М.М., Шайтарова А.В., Храмова Е.Б.</i> НЕСОВЕРШЕННЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ: ВОСЬМИЛЕТНИЙ КАТАМНЕЗ .....	126
<i>Панкратова П.А., Лисовский О.В., Лисица И.А., Близнякова Д.С.</i> ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА .....	127
<i>Пашук С.Н., Гусина А.А., Медведева Н.Н., Кулак В.Д., Прибушеня О.В.</i> СЛУЧАИ ПОЗДНЕЙ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ГИПОХОНДРОПАЗИЯ» .....	128
<i>Перцев М.Н., Сенкевич О.А., Плотоненко З.А., Нежданова С.Ю.</i> ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭКГ-ДИАГНОСТИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИЕЙ В АНАМНЕЗЕ .....	129
<i>Пигаваева А.Н., Христофорова Т.И., Скворцова А.Г., Рябухина О.В.</i> ЭЛАСТОГРАФИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПЕЧЕНИ .....	130
<i>Поддубный И.В., Алиева Э.И., Сытьков В.В., Козлов М.Ю., Цаца М.В., Магер А.О.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДРОСТКОВ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА .....	131
<i>Полянская Е.Г., Султыгова Л.А., Васильева Е.С.</i> НЕОНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У ДЕТЕЙ .....	132
<i>Пономарева Д.А., Самойлова Ю.Г., Матвеева М.В., Ермолаева Ю.А., Нагаева Т.А., Басарева Н.И., Рейм А.С.</i> КАРДИОВЕГЕТАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА .....	133
<i>Порецкова Г.Ю., Калинин Е.А., Болгарова О.Г., Володина Н.А., Гайсин Ш.И., Бесчастная Е.О.</i> ДЕФИЦИТ ПИРУВАТДЕГИДРОГЕНАЗНОГО КОМПЛЕКСА – РЕДКОЕ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У МАЛЬЧИКА .....	134
<i>Прищепенко О.А.</i> УРОВНИ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ .....	135
<i>Прокопьева В.Д., Федотова М.М., Куленич В.В., Петров В.А., Кутас У.В., Ровицкая В.А., Федорова О.С.</i> РОЛЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНОГО ТРАКТА В РАЗВИТИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА .....	136
<i>Прокопьева В.Д., Федотова М.М., Куленич В.В., Петров В.А., Кутас У.В., Ровицкая В.А., Федорова О.С.</i> ЗНАЧЕНИЕ МИКРОБИОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ КОГОРТНОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ .....	137

<i>Просоедова Т.Ф., Баранова О.А., Логинова А.А., Бондарева Е.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРЕЙ ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ .....	138
<i>Равская В.В., Парамонова Н.С., Хоха Р.Н., Трамбович Н.Ч.</i> АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ У ДЕТЕЙ: ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА?.....	139
<i>Рахманкулова З.Ж., Эльмурадова Ш.И., Ходжамова Н.К.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.....	140
<i>Решетова С.Н.</i> БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАМИ.....	141
<i>Решиков В.А., Бондаренко Г.Г.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ КИНЕЗИОТЕРАПИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ОСАНКИ .....	142
<i>Ровицкая В.А., Федорова О.С., Камалтынова Е.М., Прокопьева В.Д., Кутас У.В., Невская К.В., Коломеец И.Л., Федотова М.М.</i> СТРУКТУРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ТРОПОМИОЗИНУ У ДЕТЕЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА .....	143
<i>Рубан А.П., Давидович С.А., Завада А.Н.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ Г. МИНСКА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ДЕТСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ .....	144
<i>Рубан А.П., Давидович С.А., Завада А.Н.</i> СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ Г. МИНСКА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ .....	145
<i>Самойлова Ю.Г., Саган Е.В., Олейник О.А.</i> СОСТАВ И МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ .....	146
<i>Самороднова Е.А., Хабибуллина Э.Ф., Азисова Р.Р., Гильманова А.А.</i> САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАШЛЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: МНЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ .....	147
<i>Саросек В.Г.</i> МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ .....	148
<i>Сафина Э.Р., Камалова А.А., Гайфутдинова А.Р., Низамова Р.А., Зайнетдинова М.Ш.</i> ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНАМИ ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА.....	149
<i>Седашкина О.А., Порецкова Г.Ю., Терехин С.С., Гасанов Д.А.</i> ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С SACS-СИНДРОМОМ НА ПРИМЕРЕ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА .....	150
<i>Сенченко Н.Г., Безкаравайный Б.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА .....	151
<i>Сироштан Е.Ю., Безкаравайный Б.А.</i> ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ.....	152
<i>Сиротченко Т.А., Давидчук Г.Н., Грабарь И.В., Сиротченко А.А., Безгинская А.Н., Шадрова А.Д., Быцанев А.А.</i> ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ЭЛЕКТРОННЫЕ СРЕДСТВА КУРЕНИЯ, О НАРУШЕНИЯХ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ .....	153
<i>Скударнов Е.В., Малюга О.М., Дорохов Н.А., Зенченко О.А., Волкова Ю.В.</i> АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЙ У ПОДРОСТКОВ ГОРОДА БАРНАУЛА.....	154
<i>Соколова А.С., Шайтарова А.В., Храмова Е.Б.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕБЮТА САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА У ДЕВОЧКИ 8 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 .....	155
<i>Соловьева Н.А., Кулакова Г.А., Курмаева Е.А., Калинина О.В., Рыкова А.Р.</i> СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ .....	156
<i>Соннов В.В.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЛНР .....	157
<i>Старевская С.В., Люфт С.К., Нерадовская М.В., Иванов С.Л., Горелик Ю.В., Котина Н.З.</i> АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ПРОТЕИНОЗ У НОВОРОЖДЕННОГО. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....	158



<i>Султанов И.С., Еремцов Д.В., Чалова Ю.Д., Юшкова О.А.</i> ТЯЖЕЛОЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ У РЕБЕНКА С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ.....	159
<i>Султыгова Л.А., Полянская Е.Г.</i> СИНДРОМ СТЕРДЖА – ВЕБЕРА: ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ .....	160
<i>Тальковский Е.М., Хан М.А., Выборнов Д.Ю., Тарасов Н.И., Коротеев В.В., Гоменюк Е.Ю.</i> ОПТИМАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ .....	161
<i>Тихон Н.М., Ляликов С.А., Белевцев М.В., Купчинская А.Н., Дубовик О.С., Вежель О.В.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ В ПУПОВИННОЙ КРОВИ И ГРУДНОМ МОЛОКЕ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ АЛЛЕРГОАНАМНЕЗОМ.....	162
<i>Торосян Г.Г., Родионовская С.Р., Лившица И.Д., Гришина Д.П.</i> СОЧЕТАНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА.....	163
<i>Турти Т.В., Беляева И.А., Бомбардирова Е.П., Шукенбаева Р.А.</i> ОСОБЕННОСТИ РАЗНООБРАЗИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ .....	164
<i>Тухтаева У.Д., Рахманкулова З.Ж., Камалов З.С., Абдукодирова М.К.</i> ЗНАЧЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМ GESTАЦИОННЫМ ВОЗРАСТОМ.....	165
<i>Устинова О.О., Галькиева Д.А.</i> ТЕЧЕНИЕ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТА С УРОПАТИЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	166
<i>Ушаков К.В., Чундокова М.А., Голованев М.А., Маннанов А.Г., Юсифова У.И.</i> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ .....	167
<i>Федотова Г.В., Вахлова И.В., Боронина Л.Г., Ибрагимова Ю.Н.</i> ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ДЕТЕЙ.....	168
<i>Филлин А.В., Полякова С.И., Метелин А.В., Морозова М.М., Казакова О.В., Коротеева Н.А., Галян Т.Н., Ховрин В.В., Бабаян А.А., Зайцев А.Ю., Новиков Д.И., Крыжановская Е.Ю., Камалов Ю.Р.</i> РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТИРОЗИНЕМИИ I ТИПА .....	169
<i>Филькина О.М., Бобошко А.В., Кочерова О.Ю., Воробьева Е.А., Долотова Н.В.</i> ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ С ВЫСОКОЙ ИНТЕРНЕТ-АКТИВНОСТЬЮ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА .....	170
<i>Фисюн И.В., Кузнецова Т.А.</i> РОЛЬ ИНДЕКСА МЕНТЦЕРА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МИКРОЦИТАРНЫХ ФОРМ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ .....	171
<i>Фурцев В.И., Маслова М.Ю., Будникова Е.В.</i> ПОДДЕРЖКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ. РЕАЛЬНОСТЬ СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ .....	172
<i>Хижникова В.В., Родионовская С.Р.</i> ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ПАЦИЕНТА 13 ЛЕТ С ДЕБЮТОМ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА ПОД МАСКОЙ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА .....	173
<i>Ходкевич П.Е., Куликова К.В., Федорова О.С., Деев И.А.</i> ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ МЕНЕЕ 2500 Г В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ .....	174
<i>Хоманов К.Э., Серебровская О.Л.</i> ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДИАГНОСТИКУ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИИ.....	175
<i>Чертина Н.А., Мыльникова Т.А., Точилина О.В.</i> ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ .....	176
<i>Чичерин Л.П., Щепин В.О.</i> ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ДЕСЯТИЛЕТИЯ ДЕТСТВА В РОССИИ (2018–2027 ГГ.).....	177
<i>Чудакова Т.К., Плохоцкая Л.С., Черкасова Н.И.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НОВОГО ТИПА У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ .....	178
<i>Чудакова Т.К., Чурсина Е.М., Трунова О.В.</i> ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ .....	179

<i>Шаповалова Р.Ф., Михеева И.В., Михеева М.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА БЕЗОПАСНОСТИ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	180
<i>Шелкова В.Н.</i> СТАНОВЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 9 ИМЕНИ Г.Н. СПЕРАНСКОГО КАК КРУПНЕЙШЕГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МОСКВЫ (К 100-ЛЕТИЮ УЧРЕЖДЕНИЯ).....	181
<i>Юсупзянова Д.М., Набиуллина З.М.</i> ТЕЧЕНИЕ ЛЮПУС-НЕФРИТА В ДЕБЮТЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ.....	182
<i>Яковлева М.Н., Завьялова А.Н., Новикова В.П.</i> СТРУКТУРА САРКОПЕНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	183
<i>Якубович Е.С., Хмилевская С.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....	184
<i>Яценко Н.О., Шикова И.В., Латт Е.В.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ В УСЛОВИЯХ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ.....	185

## Часть II

### XIV Форум детских медицинских сестер

<i>Аверкина С.В.</i> РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ МЕДСЕСТРЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В МОТИВИРОВАНИИ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ.....	186
<i>Благоразумова Т.С.</i> ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ.....	187
<i>Ермакова М.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ КОРИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	188
<i>Муратова Н.А.</i> «ГИПЕРТОНИЯ, СТОП!», ИЛИ «Я – ДЕЖУРНЫЙ ПО ЗДОРОВЬЮ!».....	189
<i>Муратова Н.А.</i> ПРОЕКТ «ЗНАНИЯ, СПАСАЮЩИЕ ЖИЗНЬ».....	190
<i>Правдолюбов А.С.</i> ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПЕДИАТРИИ.....	191
<i>Сергеева Я.А.</i> ХЕНДЛИНГ – ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВЗРОСЛОГО С МЛАДЕНЦЕМ. РОЛЬ НЕОНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ.....	192
<i>Серебрякова С.В.</i> ВОЗМОЖНОСТИ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПЫЛЬЦЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ.....	193
<i>Тюшкова Л.М.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КИНЕЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК Г. ЧИТЫ.....	194



## АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абдукодирова М.К. 165  
Абдуллаева О.И. 54  
Абдуллина Г.А. 1  
Абубакирова А.В. 2  
Аверкина С.В. 186  
Агафонова А.А. 56  
Агзамова Ш.А. 54  
Адельмурзина А.И. 3  
Азисова Р.Р. 147  
Акаев Д.И. 88  
Акберова А.А. 1  
Александрович Ю.С. 99  
Алексеева О.П. 69–71  
Алексеев А.С. 25  
Алиева У.А. 4, 44  
Алиева Э.И. 5, 6, 72, 73, 131  
Аманова М.А. 7  
Аникеева Н.А. 49  
Апухтина А.А. 8  
Арефьева А.Н. 9, 10, 109  
Армстронг Н.М. 92  
Арсеньева С.В. 9, 10, 109  
Арсланова И.М. 55  
Архипова А.Г. 11  
Астен А.А. 123  
Аурбиева К.С. 94  
Афонина Н.М. 12  
Ахмадуллина А.А. 83  
Бабаян А.А. 110, 169  
Баранова Е.П. 67  
Баранова О.А. 138  
Барышева Е.Д. 13  
Басарева Н.И. 133  
Беденко О.О. 102  
Безгинская А.Н. 153  
Безкаравайный Б.А. 14, 151, 152  
Безлер Ж.А. 21  
Безрукова Д.А. 57, 58, 125  
Бейзерова А.А. 108  
Бекезин В.В. 91  
Белавина М.В. 35  
Белевцев М.В. 162  
Белкова Т.Н. 15, 36  
Белоусова М.С. 16  
Беляева Е.В. 17  
Беляева И.А. 18, 164  
Беседина М.В. 19  
Бесчастная Е.О. 134  
Бец О.Г. 11  
Бильская Н.Л. 101  
Благодарумова Т.С. 187  
Близнякова Д.С. 100, 127  
Бобошко А.В. 170  
Бовбель И.Э. 20  
Богачева С.М. 26, 27, 29  
Болгарова О.Г. 134  
Бомбардирова Е.П. 18, 164  
Бомберова Л.А. 21  
Бондарева Е.А. 138  
Бондаренко Г.Г. 142  
Бордюгова Е.В. 22  
Борлакова И.И. 29  
Боронина Л.Г. 168  
Будникова Е.В. 172  
Булдакова Т.И. 122  
Бурибаева Б.И. 23  
Бурлуцкая А.В. 24–29  
Быцанев А.А. 153  
Варламова Т.В. 30, 31  
Васендина М.В. 60  
Васенёва Ю.О. 32  
Васильева Е.С. 132  
Васильева Т.М. 33  
Вахлова И.В. 32, 75, 168  
Вежель О.В. 162  
Велиева К.Т. 44  
Винник А.В. 101  
Винникова В.Г. 34  
Власенко Н.Ю. 35, 36  
Власова М.А. 26  
Волкова Н.А. 37  
Волкова Ю.В. 154  
Володина Н.А. 134  
Волосовец Г.Г. 116  
Волчкова А.В. 101  
Воробьева Е.А. 170  
Воронина О.Б. 63  
Воротникова Н.А. 8, 38, 81  
Выборнов Д.Ю. 161  
Вялкова А.А. 39, 40, 48, 53  
Габитова Н.Х. 41  
Гаджиева У.К. 104  
Гайсин Ш.И. 134  
Гайфутдинова А.Р. 42, 149  
Галактионова Д.М. 43  
Галькиева Д.А. 166  
Галян Т.Н. 169  
Гандыш Е.В. 108  
Гараева С.З. 4, 44, 107  
Гарина Г.А. 83  
Гасангулиева Г.М. 107  
Гасанова Н.С. 45, 104  
Гасанова Ш.А. 123  
Гасанов Д.А. 150  
Гаянова М.А. 1  
Герасименко Н.Ю. 15, 36  
Гидаятова Л.А. 103  
Гильманова А.А. 147  
Глушко Ю.В. 61  
Годованая Г.В. 123

- Голованев М.А. 167  
Головина И.Н. 111  
Гоменюк Е.Ю. 161  
Гончар Н.О. 46  
Горбач Л.А. 47  
Гордиенко Л.М. 43, 48  
Горелик Ю.В. 158  
Горкина Л.Ф. 49  
Горовая С.Г. 20  
Грабарь И.В. 111, 153  
Григораш О.С. 50  
Гриневич В.Е. 17  
Грицинская В.Л. 51  
Гришина Д.П. 163  
Грязина Е.М. 31  
Гукова Д.А. 16  
Гулямова М.А. 52  
Гунькова Е.В. 53  
Гурина Е.С. 24  
Гурович О.В. 116  
Гурьева Н.А. 120–122  
Гусейнова И.Е. 106  
Гусина А.А. 128  
Гуффон Н. 92  
Давидович С.А. 144, 145  
Давидчук Г.Н. 153  
Дакуко А.Н. 82  
Даминова М.Н. 54  
Даренская М.А. 80  
Дворецкая Т.И. 55  
Деева Ю.В. 56  
Деев И.А. 174  
Демина Е.Г. 91  
Джафарова С.С. 4  
Джонс С.А. 92  
Джулиани Р. 92  
Джумагазиев А.А. 57, 58, 125  
Диас Дж. А. 92  
Долотова Н.В. 170  
Дорохов Н.А. 154  
Дрик М.А. 67  
Дубовая А.В. 22, 76  
Дубовик О.С. 162  
Дудий С.Е. 62  
Дюсимбаева Д.К. 17  
Ежова А.И. 34, 71  
Елисеева А.С. 56  
Емельянова И.Н. 122  
Еремина К.Ю. 11  
Еремцов Д.В. 159  
Ерина М.Ю. 46  
Ермакова М.Н. 188  
Ермилова Е.А. 59  
Ермолаева Ю.А. 133  
Ершова И.Б. 60, 61  
Жданова И.А. 62  
Журавлева А.М. 20  
Завада А.Н. 144, 145  
Завалина Н.В. 15  
Завьялова А.Н. 51, 99, 183  
Зайнетдинова М.Ш. 84, 149  
Зайцева М.В. 123  
Зайцева Н.С. 19  
Зайцева О.В. 19  
Зайцева С.В. 63  
Зайцев А.Ю. 169  
Закирова А.М. 64, 77  
Закирова К.Р. 65  
Зарянкина А.И. 66, 67  
Звягина Т.Г. 96  
Зенкина О.Ю. 24, 27  
Зенченко О.А. 154  
Зимина О.Ю. 93  
Зиятдинова Л.М. 68  
Зокирова З.Ф. 69  
Зокиров Н.З. 69–73, 119  
Зябкин И.В. 74, 79, 119  
Ибрагимова Ж.Р. 64  
Ибрагимова Ю.Н. 75, 168  
Ибрагимов Б.А. 102  
Иванова О.А. 85  
Иванов С.Л. 158  
Игнатенко Г.А. 76  
Йешкина М.Н. 49  
Ильина М.С. 77  
Ильмуратова С.Х. 78  
Иноземцева Д.А. 25, 28, 29  
Ипполитова М.Ф. 121  
Исаева Е.П. 79, 119  
Исмагилова М.И. 68  
Исупанова Х.М. 16  
Кадырова Ю.А. 83  
Казакова О.В. 110, 169  
Казанцева Е.Д. 80  
Казиханова М.А. 8, 50, 81  
Каканов А.М. 120–122  
Каледа М.И. 9  
Калинина Е.А. 134  
Калинина М.П. 74  
Калинина О.В. 156  
Калита С.И. 82  
Камалова А.А. 42, 83, 84, 149  
Камалов З.С. 165  
Камалов Ю.Р. 169  
Камалтынова Е.М. 143  
Каменева Ю.В. 76  
Канычева Н.П. 36  
Караманешта М.М. 85  
Каргаполова К.И. 35  
Карпова Е.Г. 2  
Картавцева А.В. 62  
Касимов И.А. 23  
Катаева И.С. 120  
Квитко Э.М. 83

- Кдырбаева Ф.Р. 86  
Ким А.В. 46, 87, 120, 121  
Ким Й. 92  
Климова Н.В. 101  
Козарезов С.А. 116  
Козлова Е.Ю. 88  
Козлов М.Ю. 131  
Козловский А.А. 89  
Козловский Д.А. 90  
Колесников Д.В. 72  
Коломеец И.Л. 143  
Колосюк В.А. 100  
Кондратьева И.В. 116  
Конов В.Г. 22  
Королева А.Е. 91  
Коротеева Н.А. 110, 169  
Коротеев В.В. 161  
Косьмина В.Д. 49  
Котина Н.З. 158  
Кочерова О.Ю. 170  
Краковец И.В. 62  
Краснов А.В. 72, 73  
Краснощекова Н.А. 92  
Крестьяшин В.М. 93  
Крестьяшин И.В. 93  
Крутова А.В. 70, 119  
Крыжановская Е.Ю. 169  
Кузина С.Р. 19  
Кузнецова М.А. 94  
Кузнецова П.В. 35  
Кузнецова Т.А. 171  
Кузнецова Ю.В. 100  
Кулак В.Д. 128  
Кулакова Г.А. 95, 156  
Кулакова Е.Н. 96  
Куленич В.В. 136, 137  
Куликова К.В. 174  
Кумар М. 92  
Купчинская А.Н. 162  
Курмаева Е.А. 95, 156  
Кутас У.В. 136, 137, 143  
Латт Е.В. 185  
Латфуллина Э.Т. 94  
Лебедева Л.Ю. 43  
Левчин А.М. 61  
Легкая Л.А. 21  
Лейкина В.В. 97  
Ливишина И.Д. 163  
Лисеенко О.Г. 98  
Лисица И.А. 51, 99, 100, 127  
Лисовский О.В. 51, 99, 100, 127  
Лобаненкова И.А. 33  
Логинова А.А. 138  
Лозовик С.К. 101  
Локшин В.Н. 78  
Лось Н.В. 66  
Луганский Д.Е. 111  
Лукина О.И. 64  
Люфт С.К. 158  
Ляликов С.А. 162  
Магер А.О. 131  
Магомедова А.М. 74  
Магомедова Х.А. 63  
Макговерн М. 92  
Маликова И.О. 6  
Малов А.А. 42  
Малолетникова И.М. 101  
Малолетникова Х.М. 101  
Малых А.Л. 102  
Малых Д.А. 102  
Малюга О.М. 154  
Мамедова С.Н. 105  
Мамедова Ф.М. 45, 103, 106  
Мамедов С.Б. 45, 103, 104, 106  
Маммадова А.А. 107  
Мамчиц Л.П. 108  
Манжуова Л.Н. 78  
Манищенков С.Н. 14  
Маннанов А.Г. 167  
Маркварт В.Д. 39  
Маруева Т.А. 25  
Марченко Н.А. 115  
Маслова А.М. 123  
Маслова М.Ю. 172  
Масюта Д.И. 115  
Матвеева М.В. 133  
Маткава В.Г. 9, 10, 109  
Матюхина М.И. 88  
Маячкин Р.Б. 110  
Мегна Бхардвадж 88  
Медведева Н.Н. 128  
Менгель О. 92  
Метелин А.В. 110, 169  
Мешкова Р.Я. 91  
Миргородская А.В. 111  
Мирджавадлы Р.М. 45, 106  
Митупов З.Б. 7  
Михайлюк А.Р. 112  
Михеева И.В. 12, 37, 180  
Михеева М.А. 180  
Мордасова Л.Н. 38  
Морозова В.А. 77  
Морозова М.И. 112  
Морозова М.М. 169  
Мороз Т.Б. 64  
Москалева Д.Д. 94  
Москалева Е.В. 80  
Моторенко Н.В. 113, 114  
Муратова Н.А. 189, 190  
Муртазаева О.А. 63  
Мухортых В.А. 63, 119  
Мыльникова Т.А. 176  
Набиуллина З.М. 182  
Нагаева Т.А. 133

- Налетов А.В. 115  
Настаушева Т.Л. 96, 116  
Науменко Е.И. 117, 118  
Науменко Ю.В. 76  
Невская К.В. 143  
Нежданова С.Ю. 129  
Нерадовская М.В. 158  
Низамова Р.А. 83, 84, 149  
Никитина С.С. 49  
Никишина И.П. 9, 10, 109  
Николаева Ю.С. 119  
Новикова В.П. 183  
Новикова Е.А. 34  
Новиков Д.И. 110, 169  
Новрузова Г.А. 107  
Нургалиева Ж.Ж. 78  
Окороков П.Л. 79  
Оксеньчук Т.В. 15  
Олейник О.А. 146  
Орел В.В. 122  
Орел В.И. 120, 121, 122  
Орзикулова С.Ф. 52  
Орлова Е.В. 123  
Ортемман-Ренон К. 92  
Осадчая Е.И. 62  
Осоткина Е.Д. 124  
Отто Н.Ю. 57, 58, 125  
Павлинова Е.Б. 35, 36  
Павлова Т.Ю. 99  
Палий М.М. 126  
Панкратова П.А. 127  
Парамонова К.В. 57  
Парамонова Н.С. 139  
Пашук С.Н. 128  
Пересецкая О.В. 88  
Перцев М.Н. 129  
Петрова А.Г. 80  
Петров В.А. 136, 137  
Петрушина А.Д. 17  
Пигаваева А.Н. 130  
Пильников В.Г. 74  
Плотникова С.В. 40  
Плотоненко З.А. 129  
Плохоцкая Л.С. 178  
Поддубный И.В. 5, 131  
Полякова С.И. 169  
Полянская Е.Г. 132, 160  
Пономарева Д.А. 133  
Попкова Т.М. 69, 70  
Попова С.В. 8  
Порецкова Г.Ю. 134, 150  
Потапова Н.А. 72, 73  
Правдолюбов А.С. 191  
Прибушения О.В. 128  
Прилуцкая В.А. 20  
Прищепенко О.А. 135  
Прокопьева В.Д. 136, 137, 143  
Просоедова Т.Ф. 138  
Равская В.В. 139  
Разгуляева Д.Н. 122  
Раздолькина Т.И. 117  
Разумовский А.Ю. 7  
Рахманкулова З.Ж. 140, 165  
Рачкаускене И.Г. 85  
Рейм А.С. 133  
Решетова С.Н. 141  
Рещиков В.А. 142  
Рзаева З.П. 44  
Ровицкая В.А. 136, 137, 143  
Родионовская С.Р. 34, 163, 173  
Рослова З.А. 120, 121  
Рубан А.П. 144, 145  
Руденко С.В. 13  
Рукавицын В.Р. 98  
Русинова Д.С. 33, 55, 59  
Рыбалкина М.Г. 2  
Рыкова А.Р. 156  
Рычкова Л.В. 80  
Рябухина О.В. 130  
Сабирзянова М.Ф. 64  
Саган Е.В. 146  
Саламзаде Г.З. 103  
Салугина С.О. 9  
Самбрат П.А. 36  
Самойлова Н.В. 68  
Самойлова О.В. 55  
Самойлова О.С. 87  
Самойлова Ю.Г. 133, 146  
Самороднова Е.А. 77, 147  
Саросек В.Г. 148  
Сафарова И.А. 45  
Сафина Э.Р. 149  
Седашкина О.А. 150  
Семенова Н.В. 80  
Сенкевич О.А. 129  
Сенченко Н.Г. 14, 151  
Сергеева Я.А. 192  
Серебровская О.Л. 175  
Серебрякова С.В. 193  
Середа В.М. 121  
Сероштан Е.Ю. 152  
Сидорова Е.И. 110  
Сиротченко А.А. 153  
Сиротченко Т.А. 85, 111, 153  
Скарпа М. 92  
Скачкова М.А. 2  
Скворцова А.Г. 130  
Скударнов Е.В. 154  
Смирнова А.И. 69–71  
Смирнова В.И. 120–122  
Смирнова К.И. 99  
Смирнов А.Н. 7  
Смычкова Е.В. 62  
Соколова А.С. 155

- Соловьева Н.А. 95, 156  
Соннов В.В. 157  
Сосиновская Е.В. 57, 58, 125  
Старевская С.В. 158  
Статова А.В. 24, 27, 29  
Струков Е.Л. 100  
Султанов И.С. 159  
Султыгова Л.А. 132, 160  
Суренкова И.Н. 122  
Суховеева А.Е. 16  
Сытьков В.В. 5, 131  
Таги-заде Т.Г. 104  
Тальковский Е.М. 161  
Тарара Ю.К. 49  
Тарасенко Н.Ф. 2  
Тарасов Н.И. 161  
Ташпулатова Ф.К. 54  
Терентьева А.В. 38  
Терехин С.С. 150  
Титкова А.К. 71  
Титова Н.Д. 113, 114  
Тихон Н.М. 162  
Толстова Е.М. 19  
Томилова А.Ю. 63  
Торосян Г.Г. 163  
Точилина О.В. 176  
Трамбович Н.Ч. 139  
Трунова О.В. 179  
Трунов В.О. 6  
Тузова Л.М. 66  
Турищев И.В. 19  
Турсунбаева Ф.Ф. 52  
Турти Т.В. 18, 164  
Тухтаева У.Д. 165  
Тюшкова Л.М. 194  
Тягушева Е.Н. 117, 118  
Уиттерс П. 92  
Устинова О.О. 166  
Ушакова С.А. 17  
Ушаков К.В. 167  
Ушкац А.К. 121  
Файзуллина Р.А. 64  
Фалетров М.В. 49  
Федорова О.С. 136, 137, 143, 174  
Федоров Е.С. 9  
Федотова Г.В. 75, 168  
Федотова М.М. 136, 137, 143  
Филин А.В. 110, 169  
Филина Н.Ю. 94  
Филипчук А.В. 58, 125  
Филькина О.М. 170  
Фисюн И.В. 171  
Фурцев В.И. 172  
Хабибуллина Э.Ф. 147  
Халидуллина О.Ю. 17  
Халилова З.Т. 23  
Ханафина М.А. 84  
Хан М.А. 161  
Хаспеков Д.В. 19  
Хижникова В.В. 173  
Хмилевская С.А. 184  
Ховрин В.В. 169  
Ходжамова Н.К. 140  
Ходжиметова Ш.Х. 52  
Ходкевич П.Е. 174  
Холостова В.В. 7  
Хоманов К.Э. 175  
Хоха Р.Н. 139  
Хохлова А.В. 94  
Храмухина С.С. 118  
Храмова Е.Б. 126, 155  
Христофорова Т.И. 130  
Хубезова И.Е. 56  
Цаца М.В. 5, 131  
Цветная И.Н. 91  
Чалова Ю.Д. 159  
Ченцов Д.В. 122  
Черезова И.Н. 41  
Черкасова Н.И. 178  
Чергина Н.А. 176  
Чеснокова С.А. 39, 40, 53  
Чичерин Л.П. 177  
Чичуга Е.М. 116  
Чудакова Т.К. 178, 179  
Чуйко Н.А. 49  
Чундокова М.А. 167  
Чурсина Е.М. 179  
Шаджалилова М.С. 23  
Шадрова А.Д. 153  
Шайтарова А.В. 17, 124, 126, 155  
Шаншоева Н.Ш. 26  
Шаповалова Р.Ф. 180  
Шарафутдинова Л.Л. 120–122  
Шачинова В.Л. 101  
Шелкова В.Н. 181  
Шикова И.В. 185  
Шилина Н.М. 125  
Шукенбаева Р.А. 18, 164  
Щепин В.О. 177  
Эльмурадова Ш.И. 140  
Юдицкая Т.А. 35  
Юнак Л.Н. 123  
Юнгман Н.В. 35  
Юсифова У.И. 167  
Юсупзянова Д.М. 182  
Юшкова О.А. 159  
Яковлева М.Н. 183  
Якубович Е.С. 184  
Янковская М.Г. 20  
Ярраманени А. 92  
Яценко Н.О. 185

**Р**оссийская фармацевтическая компания, являющаяся одним из крупнейших в России поставщиков лекарственных средств и изделий медицинского назначения. «Фармимэкс» был создан в 1992 году, и берет свое начало от Главного аптечного управления СССР.

**ТОП 10** По итогам трех кварталов 2023 года «Фармимэкс» входит в ТОП-10 российских фармдистрибьюторов, занимая 8 позицию с оборотом 72,3 млрд руб и самым высоким ростом среди лидеров (+25%) по сравнению с 2022 годом (рейтинг, IQVIA). А в целом оборот группы компаний Фармимэкс составил более 128 млрд руб.

## Поздравления участникам Конгресса

### XXV КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ РОССИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Руководство и коллектив АО «Фармимэкс» сердечно поздравляет организаторов и участников юбилейного XXV Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»!

АО «Фармимэкс» многие годы является партнером Конгресса педиатров, не только в силу своей профессиональной деятельности, в качестве дистрибьютора лекарственных препаратов, но и исходя из понимания, что здоровье детей является залогом будущего развития общества и государства.

Желает всем вам успешного проведения Конгресса, важных, интересных докладов и их активного обсуждения в ходе сессий, и самое главное – поиска и внедрения новых методов диагностики, лечения и профилактики здоровья детского населения нашей страны!

## Орфанные препараты для лечения редких заболеваний

- «Фармимэкс» стал первой в России фармацевтической компанией, осуществляющей поставки препаратов для лечения **орфанных** заболеваний: гемофилии, муковисцидоза, болезни Гоше, Фабри, СМА, миодистрофии Дюшенна и других. Компания также является поставщиком лекарственных средств для лечения целого ряда онкологических и гематологических заболеваний, и многих других.
- Развитие орфанного направления является одной из приоритетных задач компании. При помощи АО «Фармимэкс» был создан **сайт «Помощь редким»**, который позволяет регулярно получать необходимые сведения о современных возможностях диагностики и терапии редких заболеваний как специалистам здравоохранения, так и всем тем, кто нуждается в такой информации.



### ПОМОЩЬ РЕДКИМ



# ЧТО СДЕРЖИВАЕТ ЕГО?

## ГИПОФОСФАТАЗИЯ

РАННЯЯ ПОТЕРЯ ЗУБОВ

ПРОБЛЕМЫ ОПОРНО-  
ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

ДЕФОРМАЦИЯ СКЕЛЕТА

НЕОБЪЯСНИМАЯ БОЛЬ

НЕДОСТАТОК РОСТА

ИСКРИВЛЕНИЕ НОГ



### ГИПОФОСФАТАЗИЯ (ГФФ)<sup>1</sup> —

прогрессирующее наследственное метаболическое заболевание, вызванное дефицитом тканенеспецифической щелочной фосфатазы (ТНЩФ) в результате мутации в гене ALPL

**НИЗКАЯ ЩЕЛОЧНАЯ  
ФОСФАТАЗА**

**ГЛАВНЫЙ МАРКЕР  
ЗАБОЛЕВАНИЯ<sup>1</sup>**



1. Нарушение обмена фосфора (Гипофосфатазия). Клинические рекомендации 2023. Электронный ресурс [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/770\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/770_1) Дата обращения 17.08.2023.

Материал предназначен для специалистов здравоохранения.  
ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз». 123112,  
г. Москва, 1-й Красногвардейский проезд, д. 21, стр. 1, Башня «ОКО», 30 этаж.  
Тел.: +7 (495) 799-56-99, факс: +7 (495) 799-56-98.  
[www.astrazeneca.ru](http://www.astrazeneca.ru), [www.az-most.ru](http://www.az-most.ru)  
STR\_RU-18107. Дата одобрения: 06.09.2023. Дата истечения: 05.09.2025.

AstraZeneca 

## **ЧЕТЫРЕХВАЛЕНТНАЯ ИНАКТИВИРОВАННАЯ РАСЩЕПЛЕННАЯ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА**



### **🏭 ПРОИЗВОДСТВО**

Российское производство полного цикла по стандартам GMP. Действующие вещества-антигены вирусов гриппа получают из очищенных вирусов гриппа типа А и В, выращенных отдельно в развивающихся куриных эмбрионах.

### **🔬 СОСТАВ**

Первая российская четырехвалентная вакцина для профилактики гриппа, отвечающая всем рекомендациям ВОЗ по составу и количеству гемагглютинина каждого штамма вируса гриппа — 15 мкг антигена каждого штамма. Всего в одной дозе вакцины содержится 60 мкг антигенов. Без консервантов, стабилизаторов, адъювантов.

### **✚ РЕЗУЛЬТАТ**

Соответствует критериям иммуногенности для инактивированных гриппозных вакцин, принятых в Евросоюзе и Российской Федерации.

### **📋 ПРИМЕНЕНИЕ**

Однократное введение вакцины «Ультрикс® Квадри» формирует стойкий длительный иммунитет. Разрешена для вакцинации детей с 6-ти месячного возраста, подростков и взрослых без ограничения возраста (в том числе беременным женщинам на II и III триместрах беременности).

