

XVI Конгресс педиатров России

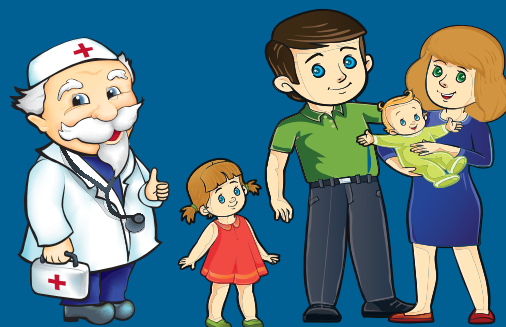
с международным участием



Союз
педиатров
России

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ

Десятилетие детства
в Российской Федерации
2018-2027



28 февраля — 2 марта 2025
Москва

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ КОНГРЕССА

www.congress-pediatr-russia.ru





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

Москва, 28 февраля — 2 марта 2025 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

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОВЫШЕННЫМ ПОТРЕБЛЕНИЕМ БЕЛКА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

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

ГАУЗ «Городская детская больница № 1», Казань, Республика Татарстан

Актуальность. Отдаленные результаты воздействия на функцию почек у недоношенных детей высокого потребления белка в неонатальном периоде (введение смесей с большим содержанием белка и парентеральное питание) не изучены.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между параметрами, отражающими функцию почек у детей раннего возраста, и поступлением белка в организм недоношенного ребенка в период новорожденности.

Пациенты и методы. Проведено комплексное обследование 78 недоношенных детей с очень низкой массой тела (ОНМТ), родившихся на сроке $30,3 \pm 0,2$ нед, и 42 недоношенных детей с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ), родившихся на сроке $27,5 \pm 0,2$ нед. Функцию почек оценивали по экскреции низкомолекулярных белков (α -1-микроглобулина) и с помощью определения клубочковой фильтрации по креатинину (по формуле Шварца) и цистатину С.

Результаты. Статистический анализ ежедневного потребления белка недоношенными детьми в неонатальном периоде с учетом энтерального и парентерального питания показал, что до 14-го дня жизни детям из подгруппы ЭНМТ ежедневная белковая дотация назначалась достоверно больше, чем в подгруппе ОНМТ. После 14-го дня жизни дети подгруппы ОНМТ ежедневно статистически значимо белка получали больше по сравнению с подгруппой ЭНМТ. Поступление белка в организм в большом количестве в неонатальном периоде, в частности на 25-й день жизни, отрицательно сказывается на скорости клубочковой фильтрации (по креатинину). Чем больше поступает белок в организм недоношенного ребенка в период новорожденности, в частности на 3-й день жизни, тем более высокие показатели α -1-микроглобулина в моче наблюдают в раннем возрасте. Поступление белка в организм недоношенного ребенка на 4-й и 7-й дни жизни отрицательно влияет на показатель скорости клубочковой фильтрации по цистатину С. По данным регрессионного анализа, наибольшее влияние оказывает среднее количество белка на 7-й день жизни.

Заключение. Повреждающими факторами постнатального периода, наиболее негативно влияющими на функцию почек в первые 3 года жизни, являются повышенное потребление белка в неонатальном периоде, в частности на 3, 4, 7 и 25-й дни жизни. Исключая негативные факторы в неонатальном периоде и придерживаясь естественного вскармливания, возможно достичь улучшения функции почек и предотвратить хроническую болезнь почек в отдаленном будущем.

ПРИМЕНЕНИЕ ФОСФОКРЕАТИНА В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ВОЗОБНОВЛЕНИЯ ПИТАНИЯ (REFEEDING-СИНДРОМА) У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Азарова Н.В., Тепаев Р.Ф.

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

Актуальность. Синдром возобновления питания (СВП) — потенциально смертельные изменения в балансе жидкости, дефицит электролитов (гипофосфатемия, гипокалиемия, гипомagneмия) и тиамина у пациентов с недостаточным питанием, возникающие при возобновлении питания. У пациентов педиатрических отделений реанимации интенсивной терапии (ОРИТ) частота возникновения СВП достигает 7,4%. В настоящее время в Российской Федерации отсутствуют препараты для внутривенного введения с зарегистрированными показаниями для восполнения дефицита фосфора, в литературе имеются сведения о применении фосфокреатина (вне инструкции, «off label») для коррекции гипофосфатемии.

Цель исследования. Продемонстрировать случай СВП с неврологическими осложнениями у ребенка с нервной анорексией в ОРИТ и его успешное разрешение на фоне внутривенного применения фосфокреатина.

Пациенты и методы. Девочка, 17 лет, поступила в ОРИТ 15.06.2024 в пресинкопальном состоянии. Анамнез: со слов матери — «обмякла», «сползла по стенке», затем начала выгибаться, тонус в конечностях был повышен. Бригадой СМП доставлена в стационар. Ранее наблюдалась у психиатра по поводу эмоциональной лабильности; последние несколько лет принимала диуретики с целью снижения веса. При осмотре: рост — 163 см, масса тела — 44 кг, ИМТ — 16,5 кг/м². Неврологический статус: поверхностное оглушение, дезориентирована в пространстве, шкала комы Глазго (ШКГ) — 14, астенизирована, на вопросы отвечает с задержкой. При обследовании: рН = 7,4; К⁺ — 1,9 ммоль/л; Na⁺ — 90,0 ммоль/л; Ca²⁺ — 1,0 ммоль/л; P — 1,0 ммоль/л; Mg — 1,3 ммоль/л. Диагноз: «Белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени. Нервная анорексия».

Начала получать парентеральное питание, на фоне которого отмечено развитие СВП: рН = 7,38; К⁺ — 3,3 ммоль/л; Na⁺ — 151,0 ммоль/л; Ca²⁺ — 2,6 ммоль/л; P = 0,6 ммоль/л; Mg = 1,1 ммоль/л, гипертермия до 40 °С. На МРТ головного мозга (МРТ ГМ) отмечается симметричное невыраженное повышение интенсивности сигнала от хвостовых ядер и скорлупы. В связи с гипофосфатемией по решению врачебной комиссии по жизненным показаниям с 20.06.2024 назначен фосфокреатин в дозе 1 г в/в микроструйно 1 р/сут до нормализации уровня P в крови (получала препарат 10 дней). Нежелательные явления на фоне терапии не наблюдались.

Состояние на 02.07.2024: сознание — поверхностное оглушение, ШКГ — 13 баллов; на вопросы отвечает односложно, быстро истощается. Периодический гипертонус в сгибательной группе мышц верхних и нижних конечностях. Лабораторно: рН = 7,36; K = 3,65 ммоль/л; Na = 149,0 ммоль/л; Ca = 1,3 ммоль/л; P = 1,2 ммоль/л; Mg = 1,0 ммоль/л. МРТ ГМ: картина синдрома осмотической демиелинизации (СОД) в виде проявлений центрального понтинного и экстрапонтинного миелинолиза. На МРТ ГМ от 23.07.2024: центральный понтинный и экстрапонтинный миелинолиз (течение СОД). МР-признаки начальных проявлений диффузной атрофии вещества головного мозга. 08.2024 переведена в отделение неврологии. В неврологическом статусе: речь дисфонична, инструкции выполняет, на вопросы отвечает односложно, в конечностях тетрапарез 4 балла, мышечный тонус умеренно повышен, сухожильные рефлексы диффузно оживлены. На МРТ ГМ от 29.08.2024: положительная динамика — нет повышения сигнала в режиме DWI и снижения интенсивности сигнала от ранее выявленных участков в области моста и базальных ядрах.

Заключение. Клинический пример демонстрирует грозное неврологическое осложнение СВП — синдром осмотической демиелинизации и успешное его разрешение на фоне коррекции гипофосфатемии при применении фосфокреатина.

ЗНАЧЕНИЕ БЕЛКА GAP-43 ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ананьева М.А., Харламова Н.В., Разборова Р.С.

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

Актуальность. Бронхолегочная дисплазия (БЛД) является специфической перинатальной патологией глубоконедоношенных новорожденных, которая утяжеляет течение неонатального периода и может приводить в последующем к инвалидности. Поэтому необходим поиск роли новых факторов прогнозирования этого заболевания.

Цель исследования. Оценить концентрацию GAP-43 в сыворотке крови у глубоконедоношенных новорожденных для прогнозирования формирования БЛД.

Пациенты и методы. Обследовано 66 глубоконедоношенных детей. У 10 (15,2%) новорожденных сформировалась в последующем БЛД. Определение уровня GAP-43 в сыворотке крови проводили методом иммуноферментного анализа. Математическая обработка полученных данных выполнялась с помощью пакета прикладных программ Statistica 13.0. Значимость различий между показателями определялась по непараметрическим критериям, исходя из ненормального распределения признаков. Показатель значимости различий $p < 0,05$ считали статистически значимым.

Результаты. Все дети со сформировавшейся БЛД родились с массой тела менее 1000 г при сроке гестации меньше 30 нед, т.е. были более незрелыми, тогда как дети без БЛД чаще рождались с задержкой физического развития. Дети с БЛД имели более низкие значения оценки по шкале Апгар к концу 5-й минуты жизни, более высокую оценку тяжести дыхательных нарушений по шкале Сильвермана, чаще требовали проведения длительной традиционной ИВЛ и назального СРАР с более высокими концентрациями кислорода. У всех обследованных детей имела место церебральная ишемия и врожденная пневмония. У 50% детей с БЛД диагностировались тяжелая анемия, у 10% — гипоксические внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК), тогда как у детей без БЛД тяжелая анемия диагностировалась в 2 раза реже (25%), а ВЖК значительно чаще — в 30,4% случаев. Оценка содержания ростового белка GAP-43 в сыворотке крови у глубоконедоношенных детей в зависимости от наличия или отсутствия формирования БЛД показала, что уровень данного пептида был значимо выше в группе детей без БЛД. Известна роль этого белка для созревания и развития нервной системы. Возможно, данный пептид выполняет аналогичные функции и при развитии легочной ткани. У детей с БЛД имеется дефицит этого пептида, что ассоциировано с более выраженной незрелостью легочной ткани и более высокой чувствительностью к повреждающему действию внешних факторов, прежде всего ИВЛ.

Заключение. Установлено прогностическое значение определения уровня ростового белка GAP-43 у глубоконедоношенных детей с бронхолегочной дисплазией, что позволяет использовать этот биомаркер для раннего прогнозирования данной патологии.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕНЕБРЕЖИТЕЛЬНУЮ ФОРМУ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

**Андреюк А.Д., Соколова В.С., Зуева С.Р., Шестакова В.Н., Сосин Д.В.,
Глуценко В.А.**

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

Актуальность. Подростковый возраст является наиболее чувствительным периодом становления личности. Жестокое обращение — стрессовый фактор, который приводит к нарушению формирования психологического, эмоционально-волевого статуса, социальной адаптации и здоровья в целом.

Цель исследования. Изучить частоты встречаемости психосоматических проявлений у детей подросткового возраста, переживших пренебрежительное, жестокое обращение как в семье, так и среди своих сверстников, для своевременной коррекции.

Пациенты и методы. В исследовании участвовало 100 детей от 12 до 15 лет. Основная группа (50 человек) испытала жестокое обращение и пренебрежение. Группа сравнения — дети, которые не испытывали жестокого обращения ($n = 50$). Сбор материала проводился путем выкопировки первичной информации из истории развития ребенка, медицинской карты школьника. Для статистического анализа использовался Excel, для количественных оценок применялись средние значения. Проверка статистических гипотез проводилась на уровне значимости 0,05.

Результаты. Установлено, что у детей основной группы наблюдения достоверно чаще возникали кардиалгии (52,0%), колебания артериального давления (36,0%), раздражительность (60,0%), тревожность (70,0%), колебания настроения (40,0%), фобии (20,0%), боли в животе (26,0%), головные боли (30,0%), которые при повторных жестоких обращениях усиливались и продолжались длительное время. При обследовании группых нарушений со стороны органов и систем не зафиксировано, провоцирующим фактором дети считали конфликтные ситуации со сверстниками или родителями, которые сопровождались оскорблениями, унижениями и общением в пренебрежительной форме. В группе сравнения кардиалгии наблюдались у 15,0% ($p = 0,001$), раздражительность — у 18,0% ($p = 0,001$), тревожность — у 20,0% ($p = 0,001$), колебания настроения — у 16,0% ($p = 0,001$) и только при стрессовых ситуациях, перед контрольными работами, во время экзамена, выступления в большой аудитории при большом коллективе.

Заключение. Детей, переживших жестокое обращение, необходимо включать в группу риска по психосоматическим нарушениям. Такому контингенту детей необходима своевременная коррекционная терапия, динамическое наблюдение на всех этапах взросления. Они нуждаются в постоянном контроле не только сотрудников медицинских служб, но и педагогов, психологов, социальных работников, юристов, представителей администрации в области образования и здравоохранения, социальной службы опеки и попечительства.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЭКРАННОГО ВРЕМЕНИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ШКОЛЬНИКОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Анисимова А.О., Погодина А.В., Рычкова Л.В.

ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека»,
Иркутск, Российская Федерация

Актуальность. Рекомендуемых норм экранного времени (ЭВ) придерживаются все меньше детей, что связано с влиянием технического прогресса. Многочисленные исследования свидетельствуют о негативном воздействии превышения норм ЭВ на различные сферы жизни подростков.

Цель исследования. Определить значимые ассоциации длительности экранного времени с некоторыми факторами социального и психического благополучия у городских подростков.

Пациенты и методы. Данные собраны в ходе исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» в 2022 г. 1226 школьников (50,6% мальчиков) 11–15 лет разделены на группы в зависимости от суммарного ЭВ в сутки. Переменные интереса: социальные факторы (общение в семье, поддержка сверстников и отношения с ними) и психическое благополучие (удовлетворенность жизнью, тревожность). Использовался критерий хи-квадрат, различия $p < 0,05$ при попарном сравнении групп считались статистически значимыми.

Результаты. Рекомендованной длительности ЭВ (не более 2 ч в сутки) придерживались 9,1% подростков. Проводили у экранов 2–5 ч в день 21,1% детей, более 5 ч — 69,7%. По сравнению с подростками, которые придерживались норм ЭВ, дети, превышающие длительность ЭВ (более 5 ч в день), реже проводили время с родителями ($p < 0,001$), чаще испытывали трудности в общении с членами семьи ($p < 0,001$). Они меньше чувствовали поддержку друзей и одноклассников ($p < 0,01$), менее удовлетворены своей жизнью ($p = 0,0009$), у них чаще возникало чувство тревоги, утраты контроля над жизнью ($p < 0,001$) по сравнению с подростками, не превышающими норму ЭВ в сутки.

Заключение. Увеличение времени, проведенного подростками у экрана, может отрицательно сказываться на отношениях в семье и со сверстниками, усугубить проблемы психического благополучия. Совместный досуг с родителями, друзьями может также препятствовать развитию гиподинамии, что будет способствовать профилактике хронических неинфекционных заболеваний и психическому благополучию в будущем.

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

**Ахмадуллина А.А., Камалова А.А., Рахмаева Р.Ф., Ахмадуллина Э.М.,
Павлова А.А., Азимова Ю.К., Мухутдинова К.И., Мифтахутдинова Г.А.,
Багаутдинова А.Р.**

*ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Казань, Российская Федерация
ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ»,
Казань, Российская Федерация*

Актуальность. Перенесенная тяжелая черепно-мозговая травма (ЧМТ) может привести к серьезным нарушениям нутритивного статуса у детей. Она может быть связана как с длительной иммобилизацией, так и с несбалансированным фактическим питанием.

Цель исследования. Анализ показателей нутритивного статуса у детей после перенесенной тяжелой ЧМТ в катамнезе до 2 лет с момента получения травмы (от декабря 2021 до сентября 2024 г.).

Пациенты и методы. Проанализированы истории болезни 23 детей (14 мальчиков, 9 девочек) за период с сентября 2023 по ноябрь 2024 г., госпитализированных в отделение медицинской реабилитации ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ». Средний возраст детей 10,9 лет. По генезу поражения сочетанные травмы составили 30%, очаговые ушибы головного мозга и субарахноидальные кровоизлияния — по 26% соответственно, внутримозговые кровоизлияния — 18%. Причиной более 70% случаев ЧМТ стали ДТП. Всем детям проводилась антропометрия и биоимпедансометрия (за исключением 3 детей до 4-х лет). У 20 пациентов был подсчитан индекс MFR.

Результаты. По данным антропометрии, более 50% детей имели нутритивные нарушения: 13% — БЭН легкой степени, 21,7% — БЭН средней степени, 4,3% — БЭН тяжелой степени, 13% — избыток массы тела, 4,3% — ожирение. По данным компонентного состава тела у 60% регистрировался дефицит скелетной мускулатуры, говорящий о саркопении, у 60% — дефицит тощей и у 55% — дефицит безжировой массы. Содержание жировой массы было снижено у 30% детей и повышено в 25% случаев. Дефицит активной клеточной массы выявлен у половины детей. У 80% детей отмечалось снижение фазового угла, при этом у большинства причиной являлась катаболическая направленность метаболизма у $n = 13$ (81%), а ограничение двигательных возможностей у $n = 3$ (19%). Лишь у одного ребенка, согласно расчету MFR, диагностировано саркопеническое ожирение.

Заключение. Особенности нутритивного статуса у детей после перенесенной тяжелой ЧМТ в отдаленный период является высокая частота нутритивных нарушений, которые носят разнонаправленный характер — от БЭН до ожирения. Более высокая частота отклонений показателей компонентного состава тела диктует необходимость сбора диетологического анамнеза и режима физической активности ребенка с целью своевременной коррекции выявленных нарушений.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Ахмедова И.М., Назарова И.Д., Салихова М.З.

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

Актуальность. Известно, что с помощью панкреатических ферментов (липазы, амилазы и протеаз), играющих ключевую роль во внешнесекреторной функции поджелудочной железы, происходит расщепление пищевых веществ. К протеолитическим ферментам поджелудочной железы относится эластаза-1. Этот фермент участвует в расщеплении внутренних связей белков (нейтральных аминокислот) и в отличие от других протеолитических ферментов способен расщеплять эластин, входящий в состав соединительной ткани.

Цель исследования. Изучить функциональное состояние поджелудочной железы у детей школьного возраста при заболеваниях органов пищеварения.

Пациенты и методы. Для выявления нарушения функции поджелудочной железы отобраны 205 детей школьного возраста (110 девочек и 95 мальчиков) с жалобами на абдоминальную боль и проявления диспепсии.

Исследование включало клинико-лабораторные и инструментальные методы: изучение анамнеза жизни и заболевания ребенка, объективных данных, фракционное и дуоденальное зондирование, биохимическое исследование крови, эхографию печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, ЭГДС, компьютерную томограмму по показаниям. Диагноз верифицировался как «хронический панкреатит» и «дисфункция сфинктера Одди по панкреатическому типу».

Результаты. У 76 детей были выявлены заболевания органов пищеварения, сопровождавшиеся нарушениями поджелудочной железы: на основании IV Римских критериев, по МКБ-10 у 5 детей был установлен вторичный хронический панкреатит, у 71 — дисфункция сфинктера Одди по панкреатическому типу. По результатам обследования были диагностированы: хронический гастродуоденит — у 45 (59,2%), дисфункция билиарного тракта — у 31 (40,8%), хронический энтероколит — у 17 (22,4%) детей. Выявлено, что из биохимических показателей активность амилазы в среднем выходила за пределы нормы, однако она не была специфичной только для хронического панкреатита. Выявлено незначительное ($p > 0,05$) увеличение активности липазы, что характеризовало низкую чувствительность данного фермента в диагностике заболеваний поджелудочной железы. Установлено значительное увеличение содержания сывороточной эластазы-1 в группе больных хроническим панкреатитом, чем в других группах наблюдения ($p < 0,05$), что отражает активность воспалительного процесса в поджелудочной железе.

Заключение. Так как активность эластазы-1 повышается в крови при остром панкреатите и обострении хронического панкреатита раньше, чем уровень других ферментов, на субклинической стадии, период полужизни панкреатической эластазы-1 дольше, чем амилазы и липазы, степень повышения концентрации эластазы-1 может быть рассмотрена в качестве дополнительного маркера активности патологического процесса в поджелудочной железе у детей, более информативного по сравнению с активностью амилазы, липазы.

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОЙ РАДИАЦИИ

Бадалова З.А.

*ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино», кафедра детских болезней № 1
им. профессора Аминова Х.Дж., Душанбе, Республика Таджикистан*

Актуальность. Изучение прооксидантной системы и антиоксидантной защиты имеет важное значение в биохимических процессах (например, метаболизм органов и тканей). Определение содержания продуктов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты при влиянии факторов окружающей среды, таких как радиация, приводит к патологическому процессу в организме. В механизме развития функциональных нарушений как со стороны клеток, так и органов имеет важное значение накопление в избыточном количестве продуктов перекисного окисления липидов, которые в конечном итоге ведут к дистрофии и гибели клеток.

Цель исследования. Изучить особенности состояния перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у детей, проживающих в неблагоприятных условиях, обусловленных воздействием радиации.

Пациенты и методы. Определены уровни активных форм кислорода (АФК) и супероксиддисмутаза (СОД) в крови у 50 детей, проживающих в районе повышенного радиационного фона. В контрольную группу было включено 50 детей, проживающих в районах с естественным радиационным фоном.

Результаты. Уровень АФК у детей, проживающих в районе с нормальным радиационным фоном, составил от $0,166 \pm 0,002$ до $0,170 \pm 0,002$ ммоль/мл. При этом среди детей, живущих в условиях повышенного радиационного фона, было выявлено увеличение уровня АФК: от $0,308 \pm 0,004$ до $0,317 \pm 0,011$ ммоль/мл. По сравнению с основной группой у детей из контрольной группы изменения значений уровня АФК были незначительны. Исследования фермента СОД у детей из контрольной группы показало значения от $13,32 \pm 0,11$ до $13,44 \pm 0,09$ Ед/мл, в основной группе (повышенный радиационный фон) — от $10,37 \pm 0,09$ до $10,47 \pm 0,08$ Ед/мл.

Заключение. Выявлено, что при влиянии факторов окружающей среды, таких как радиация, происходит запуск механизмов перекисного окисления липидов, увеличивается содержание конечных продуктов окисления (активных форм кислорода и супероксиддисмутаза) вследствие снижения защитных свойств организма.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ КЛАССОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. ЛУГАНСКА

Безкаравайный Б.А., Сероштан Е.Ю.

*ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки» Минздрава России, Луганск,
Луганская Народная Республика*

Актуальность. Результаты научных исследований свидетельствуют о негативной динамике в состоянии здоровья детей в последние десятилетия. Наиболее подвержены заболеваниям дети, посещающие дошкольные учреждения, а также школьники первых лет обучения.

Цель исследования. Дать оценку состояния здоровья первоклассников на основании осмотра детей и медицинской карты (форма № 126/у), а также выявить основные направления профилактических и коррекционных мероприятий, способствующих улучшению здоровья обучающихся.

Пациенты и методы. Материалом для исследования послужила первичная медицинская документация первоклассников. Проведен анализ медицинских карт (форма № 026/у) 124 детей с использованием медико-статистического метода (выкопировка) с помощью программы Microsoft Excel 2007.

Результаты. Одним из наиболее объективных показателей здоровья детей является их распределение по группам здоровья. Абсолютно здоровые дети (I группа здоровья) составили лишь 4,8% от общего числа обследованных первоклассников. Среди учащихся первых классов преобладали дети со II группой здоровья (60,5% от общей выборки). Вызывает обеспокоенность выявленное количество детей с III группой здоровья — 43 ребенка, что составляет 34,7% обследуемых первоклассников. Наиболее распространенными морфофункциональными отклонениями в состоянии здоровья первоклассников являлись нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата (47,6%), лимфаденопатии (36,3%), кариес (25%). Выявленная патология со стороны опорно-двигательного аппарата обусловлена нарушением осанки в 43,5% случаев, плоскостопием и уплощением свода стопы у 47,6% детей. Такая патология, как вальгусная установка стопы, выявлена у 39 (31,5%) обследуемых. Структура выявленной патологии среди учащихся первых классов представлена следующим образом: у 8,1% обследуемых детей выявлена патология органов зрения и придаточного аппарата, у 3,2% — патология со стороны органов мочевого выделения, у 2,4% — заболевания сердечно-сосудистой системы, у 1,6% — функциональные нарушения билиарного тракта, аллергические дерматиты, пупочная грыжа. У одного ребенка выявлена анемия легкой степени тяжести. На момент начала учебного года 12,1% детей I класса имели сочетанную патологию.

Заключение. Приоритетным направлением в оздоровительных мероприятиях у первоклассников должны быть профилактика и коррекция патологии опорно-двигательного аппарата.

Профилактика патологии опорно-двигательного аппарата должна начинаться с детских дошкольных учреждений. Эффективность профилактических мероприятий может быть высокой только при взаимодействии врача-педиатра с педагогами и родителями.

ХАРАКТЕРИСТИКА НАПРЯЖЕННОСТИ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И ПЕРВОМ КЛАССЕ ШКОЛЫ

Безкаравайный Б.А., Тананакина Т.П., Лысенко Е.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Минздрава России, Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность. Функциональное состояние организма детей во время перехода из дошкольного учреждения в школу подвергается стрессовому воздействию, что требует определенного напряжения регуляторных систем, дополнительных затрат энергии.

Цель исследования. Оценить функциональное состояние организма детей в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ) и 1 классе школы на основании изучения степени напряженности регуляторных систем.

Пациенты и методы. Обследовано 219 детей (5–8 лет): 91 обучающийся в ДОУ (44 мальчика — М и 47 девочек — Д); 128 (74 М и 54 Д) — в 1-м классе. Согласие от родителей получено. Функциональные возможности организма (ФВО) определяли по показателю активности регуляторных систем (ПАРС) методом кардиоинтервалометрии программным комплексом «Здоровье-Экспресс». Полученные данные были обработаны в программах Microsoft Excel и Statistica.

Результаты. В старшей группе ДОУ 1-я степень напряжения регуляторных систем — «физиологическая норма» была выявлена у 3 детей (3%), 2-я степень — «донозологическое состояние» — у 38 (42%), 3-я степень — «преморбидное состояние» — у 42 (46%) и 4-я степень — «срыв адаптации» — у 8 (9%). В школе не было выявлено ни одного ребенка с достаточными ФВО для поддержания гомеостаза. Со 2-й степенью было 42 (33%) ребенка, с 3-й — 58 (45%), с 4-й — 28 (22%). Срыв адаптации по ПАРС у обучающихся в школе встречается в 2,5 раза чаще, чем в ДОУ. Сравнивая показатели Д и М, обучающихся в ДОУ, наблюдали, что частота встречаемости срыва адаптации примерно одинакова и соответствует 8,2–9,5%. В школе частота срывов адаптации у М выше в 1,8 раза, чем у Д. У Д в школе срыв адаптации встречается в 1,5 раза чаще, чем у Д в ДОУ. У М в школе срыв адаптации наблюдается в 3,2 раза чаще, чем в ДОУ.

Коэффициент ранговой корреляции Спирмена между посещением ДОУ или школы и показателем ПАРС — 0,357 ($p = 0,038$). Это подтверждает увеличение ПАРС у обучающихся в школе.

Заключение. У большинства детей старшей группы ДОУ напряженность регуляторных систем находится на уровне донозологических и преморбидных состояний. Показатели ПАРС, характеризующие срыв адаптации у 22% школьников, подтверждают действие адаптивного стресса в 1 классе школы. Детей с преморбидным состоянием и угрозой срыва адаптации необходимо обследовать у узких специалистов и проводить с ними профилактические мероприятия по снижению адаптивного стресса.

МИКРОБНО-МЕТАБОЛИТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПИТАНИЯ

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

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

² ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет),
Москва, Российская Федерация

³ ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва, Российская Федерация

Актуальность. Изучение взаимосвязей кишечной микробиоты ребенка раннего возраста с развитием его функциональных систем приобретает особую важность при нарушениях детского здоровья. К распространенным социально значимым нарушениям в раннем детском возрасте относится недостаточность питания.

Цель исследования. Анализ взаимосвязей между особенностями состава кишечной микробиоты и уровнями нейромедиаторов оси «кишечник — головной мозг» у детей раннего возраста с недостаточностью питания.

Пациенты и методы. Выполнено продольное одноцентровое исследование 40 детей раннего возраста, из которых 12 имели недостаточность питания. Оценивались клиничко-анамнестические данные; состав кишечной микробиоты изучен с помощью культурального метода. Исследованы уровни микробных метаболитов азотсодержащих компонентов питания в моче методом жидкостной хроматографии в сочетании с масс-спектрометрией; а также нейротрансмиттеров (серотонин, дофамин, адреналин, норадреналин) в плазме крови иммуноферментным методом.

Результаты. В составе кишечной микробиоты у детей с недостаточностью питания в сравнении с детьми оптимального питания, были достоверно повышены уровни *Candida spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Bifidobacterium spp.*, *Acinetobacter spp.* У детей с недостаточностью питания была выявлена положительная корреляция триметиламина-N-оксида с содержанием в кишечной микробиоте *Staphylococcus aureus* ($R = 0,689$, $p < 0,05$). Помимо этого, у детей с недостаточностью питания установлены сильные отрицательные связи между уровнями норадреналина и дофамина с количеством в микробиоте условно патогенных микроорганизмов, причем наиболее высокий коэффициент корреляции установлен между дофамином и уровнем *Klebsiella spp.* ($R = -0,804$, $p < 0,05$). Для уровней микроба-симбионта *Bifidobacterium spp.* установлена положительная связь с экскрецией медиатора норадреналина ($R = 0,712$, $p < 0,05$).

Заключение. Повышенное содержание условно патогенных бактерий в кишечной микробиоте детей с недостаточностью питания ассоциировано со снижением продукции нейротрансмиттеров, обеспечивающих регуляцию поведения и когнитивных функций. Кишечный дисбиоз при недостаточности питания сопровождается повышенной экскрецией триметиламина-N-оксида и дисбалансом нейро-гуморальной регуляции оси «микробиота — кишечник — головной мозг», что является обоснованием для патогенетической коррекции микробно-метаболических нарушений.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, УМСТВЕННАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И УСПЕВАЕМОСТЬ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ 15–17 ЛЕТ

Бобошко А.В.

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

Актуальность. В настоящее время все больше подростков сталкиваются с проблемой чрезмерного использования интернета, поэтому важно выявлять воздействие интернет-зависимости на состояние их здоровья.

Цель исследования. Выявить влияние выраженности интернет-зависимости на психическое здоровье, успеваемость и умственную работоспособность подростков 15–17 лет.

Пациенты и методы. Исследования проводились на 150 подростках 15–17 лет с различным уровнем интернет-зависимости. Использовались: методика С. Чена для оценки зависимости, авторская анкета выявления невротических расстройств и тест Айзенка для оценки личностных характеристик. Оценивались успеваемость подростков по среднему баллу по основным предметам и умственная работоспособность по корректурным пробам.

Результаты. У подростков 15–17 лет с риском (42%) и интернет-зависимостью (68%) чаще, чем у сверстников без интернет-зависимости (16%), выявлялся высокий уровень нейротизма, что обуславливает трудности эмоциональной саморегуляции и контроля поведения. В группе подростков с риском и без интернет-зависимости чаще отмечается центровертированный психотип, а у подростков с интернет-зависимостью — экстравертированный психотип. При возрастании тяжести интернет-зависимости увеличивается частота, выраженность невротизации и коморбидность числа синдромов (2,9; 3,8; 4,9 соответственно). У подростков с интернет-зависимостью отмечалась более высокая частота гипердинамического, астенического, фобического и дисморфобического синдромов, чем у сверстников без интернет-зависимости. Средний балл успеваемости у подростков с интернет-зависимостью составил 3,7, что значительно ниже, чем у подростков с риском и без интернет-зависимости. При проведении корректурных проб подростки с интернет-зависимостью демонстрировали низкие показатели точности и коэффициента умственной работоспособности, что связано с их успеваемостью.

Заключение. Выявленные особенности психического здоровья, умственной работоспособности, успеваемости подростков 15–17 лет свидетельствуют о значимости выраженности интернет-зависимости для формирования их нарушений, необходимости ее учета при комплексной оценке здоровья и использования персонализированного подхода к профилактике интернет-зависимости, с учетом состояния индивидуального здоровья подростка.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СИНХРОННЫМ ПЛАВАНИЕМ

Богданова Е.А., Толкова К.А., Глущенко В.А., Шестакова В.Н.

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

Актуальность. Синхронное плавание — это высокоорганизованный вид спорта, требующий от спортсменок хорошей физической подготовки. Девочки, занимающиеся этим видом спорта, развивают ряд физических качеств, которые способствуют их общему физическому развитию.

Цель исследования. Рассмотреть основные аспекты физического развития спортсменок 8–14 лет, занимающихся синхронным плаванием.

Пациенты и методы. Объект исследования — 60 девочек 8–14 лет, которые занимаются плаванием. Основная группа (ОГ) — девочки, занимающиеся синхронным плаванием (СП) ($n = 30$), группа сравнения — 30 девочек, которые занимаются спортивным плаванием ($n = 30$). Данные получены путем анкетирования детей и их родителей, выкопировки первичной информации из медицинской документации. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью стандартного пакета статистических программ.

Результаты. Выявлено, что у синхронисток 8–14 лет размеры тела, силовые способности возрастали и увеличились к 14 годам в 1,5–2 раза чаще, чем в группе сравнения (ГС) ($p < 0,05$). Экскурсия легких (ЭЛ) после занятий СП от одного года увеличилась у 6 спортсменок (20,0%). Также у всех респондентов ЭЛ выше средних показателей. Средние показатели кистевой силы (КС) у девочек 7-летнего возраста не превышали $18,2 \pm 0,62$ кг. У девочек из ОГ эти показатели на 1,4 кг больше, в 8 лет — на 1,2 кг, в 9 лет — на 1,4 кг, в 10 лет — на 2,2 кг, в 11 лет — на 2,1 кг, чем у девочек из ГС. У спортсменок 11-летнего возраста КС составляла в среднем $22,3 \pm 0,63$ кг; у тех, кто не занимался СП, кистевая сила оказалась на 2,1 кг меньше. У девочек из ОГ, по сравнению со спортсменками из ГС, из года в год КС была больше. Прирост КС за первый год обучения в среднем у девочек из ГС составлял 0,6 кг, в то время как у спортсменок из ОГ — 0,4 кг. За два года прирост КС у девочек оказался одинаковым — 1,9 кг. За весь период обучения в начальной школе прирост КС составлял в среднем 4,1 кг; у девочек из ОГ прирост КС оказался на 0,7 кг больше, чем у спортсменок из ГС.

Заключение. Занятия СП благотворно повлияли на силовые способности и функциональные возможности аппарата внешнего дыхания испытуемых, так как индексы этих показателей находились на уровне выше среднего. Специфической особенностью девочек, занимавшихся спортивным плаванием, является нормальное или широкое развитие грудной клетки, а особенностью синхронисток — узкое или нормальное развитие грудной клетки. С возрастом показатели КС имеют тенденцию к росту.

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ И ЛЕПТИНА У КРАЙНЕ НЕЗРЕЛЫХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Бойдак М.П.^{1, 2}, Пристром И.Ю.^{1, 2}, Прилуцкая В.А.², Гончарик А.В.²,
Король-Захаревская Е.Л.^{1, 2}, Виктор С.А.¹

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

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

Актуальность. Важность изучения цитокинов в диагностике инфекционно-воспалительных заболеваний (ИВЗ) у недоношенных детей обусловлена их ролью в патогенезе. Раннее определение этих маркеров способствует своевременной диагностике и улучшению клинических исходов.

Цель исследования. Выявить особенности содержания цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10) и лептина у крайне незрелых недоношенных новорожденных детей с ИВЗ.

Пациенты и методы. Проведено обследование 35 новорожденных, родившихся в феврале–июле 2024 г. Пациенты разделены на группы: группа 1 (Гр1) — крайне незрелые недоношенные с реализованными ИВЗ ($n = 30$, гестационный возраст (ГВ) 27 (26–28) нед, масса 975 (795–1100) г; группа 2 (Гр2) — здоровые доношенные ($n = 5$). Изучение ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10, ФНО, лептина проведено методом ИФА в 1-е, 3–5-е и 7–10-е сут жизни, обработка — с использованием софта Microsoft Excel, MedCalc.

Результаты. Проанализированы показатели ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10 в диадах «мать–дитя». Выявлено увеличение уровня ИЛ-6 в крови матерей с учетом преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) (25,9 (7,6–52,4) против 9,9 (7,8–17,9) пг/мл, $p < 0,05$). В пуповинной крови детей Гр1 ИЛ-6 составил 96,4 (20,2–196,7) против 8,1 (7,7–8,8) пг/мл ($p < 0,01$). Установлены значимо более низкие уровни лептина пуповинной крови Гр1 в сравнении с Гр2 (0,24 (0,16–0,31) против 10,6 (7,8–20,3) нг/мл, $p < 0,001$). Содержание цитокинов и лептина пуповинной крови коррелировало с ГВ (ИЛ-10 $rs = -0,81$; $p < 0,05$; ИЛ-6 $rs = -0,87$; $p < 0,01$; лептин $rs = 0,76$; $p < 0,05$). В 1-е сут в Гр1 отмечены статистически значимо более высокие уровни ИЛ-4 (31,8 (24,8–42,9) нг/мл), ИЛ-6 (87,5 (18,6–142,3) пг/мл), ИЛ-10 (20,9 (8,6–33,2) пг/мл) и более низкие уровни лептина (0,44 (0,12–0,46) нг/мл) в сравнении с Гр2. Выявлены значимо более высокие уровни ИЛ-4 (3–5-е сут — 113 (44–398) и 45 (43–181) нг/мл, 7–10-е — 514 (459–756) и 56 (48–166) нг/мл). Пониженный уровень лептина сыворотки сохранялся на 3–5-е сут (0,37 (0,28–0,55) нг/мл в Гр1 и 2,71 (1,64–3,77) в Гр2, $p < 0,01$).

Заключение. Установлены особенности содержания цитокинов и лептина у крайне незрелых недоношенных детей с ИВЗ. Наличие ПРПО повышает вероятность внутриутробного инфицирования плода, о чем свидетельствуют полученные результаты цитокинового профиля матерей с ПРПО и их детей. Для недоношенных новорожденных с ИВЗ в период ранней адаптации характерны более высокие содержание ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10, что отражает ответную реакцию организма на адаптацию, инфекционный фактор, различные инвазивные и неинвазивные манипуляции.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ МУЖСКОГО ПОЛА БОЛЕЗНЯМИ, КОТОРЫЕ ПЕРЕДАЮТСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Булычева Е.В.

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

Актуальность. Снижение рождаемости во многом связано с ухудшением репродуктивного здоровья молодых людей мужского пола. Это обусловлено распространением рискованных форм репродуктивного поведения среди мальчиков и юношей, связанных с риском заболеваемости болезнями, передаваемыми половым путем.

Цель исследования. Изучить заболеваемость болезнями, передаваемыми половым путем, среди детей и подростков мужского пола Российской Федерации.

Пациенты и методы. В связи с тем, что в настоящее время актуален вопрос мужского репродуктивного здоровья, в исследование вошли данные детей и подростков в возрасте 0–14 и 15–17 лет только мужского пола. Заболеваемость болезнями, передаваемыми половым путем, изучалась по данным Росстата за 2010–2022 гг. путем расчета распространенности сифилиса и гонококковой инфекции на 1000 детского и/или подросткового населения.

Результаты. Распространенность заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, за все периоды наблюдения была выше среди юношей в возрасте 15–17 лет, чем среди детей и подростков в возрасте 0–14 лет, по уровню заболеваемости сифилисом — в среднем в 7,1 раза, гонококковой инфекцией — в 175,4 раза. Вероятно, это связано с тем, что в период с 15 до 17 лет среди юношей отмечается рост сексуальной активности на фоне недостаточного уровня знаний о методах контрацепции и профилактики инфекций, передаваемых половым путем. Среди детей и подростков в возрасте 0–14 лет распространенность заболеваний, передаваемых половым путем, в период с 2010 по 2022 г. снизилась: сифилис — в 14,2 раза (с 12,2 до 0,9 на 1000 населения), гонококковая инфекция — в 6,3 раза (с 1,2 до 0,2 на 1000 населения). Среди юношей в возрасте 15–17 лет также наблюдалась тенденция снижения заболеваемости, но до 2021 г.: в 5,6 раза сифилисом (с 69,4 до 12,4 на 1000 населения) и гонококковой инфекцией в 4,0 раза (с 211,5 до 52,7 на 1000 населения). Однако с 2021 по 2022 г. отмечался рост заболеваемости сифилисом на 35,7% (с 12,4 до 16,8 на 1000 населения) и гонококковой инфекцией на 9,9% (с 52,7 до 57,9 на 1000 населения).

Заключение. Установленная динамика роста заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, среди юношей в возрасте 15–17 лет, вероятно, связана с социально-экономическими, политическими и культурными последствиями прошлого столетия, которые привели к социально детерминированным изменениям стандарта репродуктивного поведения. В связи с этим актуализируется вопрос сексуального образования подростков с целью повышения уровня репродуктивной культуры (информированность в вопросах гигиены и профилактики нарушений репродуктивного здоровья).

ОБ АКТУАЛЬНОСТИ МОНИТОРИНГА ОЦЕНКИ РОДИТЕЛЯМИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ИХ ДЕТЕЙ

Булычева Е.В.

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

Актуальность. Своевременность оказания медицинской помощи детям и подросткам во многом зависит от внимательности к их здоровью родителей, способных адекватно оценить состояние и его изменения. В этом аспекте становится актуальным умение родителей субъективно оценить здоровье их детей.

Цель исследования. Провести анализ результатов субъективной оценки родителями здоровья их детей.

Пациенты и методы. Данные о субъективной оценке родителями здоровья детей выкопированы из статистического сборника «Здравоохранение России, 2023». Анализу подлежали данные ответов родителей, имевших детей в возрасте до 3, 3–6 и 7–14 лет, а также учитывалось место проживания родителей.

Результаты. В большинстве случаев субъективная оценка здоровья совпадает с объективными показателями и отражает не только наличие или отсутствие заболеваний, но психологическое и социальное благополучие. Большинство родителей оценивали состояние здоровья своих детей как хорошее (82,1%). При этом максимальное число родителей, указавших на хорошее здоровье своих детей, выявлено среди лиц, проживающих в городских населенных пунктах (82,1%) и имеющих детей в возрасте до 3 лет. Удельный вес родителей, отметивших удовлетворительное состояние здоровья своих детей, был практически одинаковым как в городских, так и в сельских населенных пунктах (17,2 и 17,1% соответственно). Однако минимальный процент родителей, указавших на этот ответ, выявлен среди респондентов, имевших детей в возрасте до 3 лет (15,4%), а максимальный — имевших детей в возрасте 7–14 лет (17,4%). Плохим здоровьем считали 0,5–0,8% родителей, очень плохим — 0,1%. Существенных различий в ответах родителей, указавших на плохое и очень плохое здоровье, с учетом места проживания и возраста детей не выявлено.

Заключение. Здоровье ребенка во многом определяется условиями в семье и культурой здоровья, которые практикуют родители и ближайшее окружение. Правильное понимание здоровья детей родителями важно для его коррекции, профилактики заболеваний и своевременного обращения за медицинской помощью. В связи с этим необходимо не только анкетировать родителей по оценке здоровья их детей, но и уметь проводить его оценку согласно предлагаемым критериям субъективной оценки здоровья.

АНАЛИЗ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА ЧЕТЫРЕХ ЛЕТ

Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А.

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

Актуальность. Атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС) представляет собой редкое заболевание. Нарушение активации альтернативного пути приводит к сбоям в защитных функциях эндотелиальных клеток и к тромботической микроангиопатии, индуцированной комплементом.

Цель исследования. Продемонстрировать клинический случай аГУС у мальчика 4 лет.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента 4 лет, находившегося на лечении в нефрологическом отделении ГБУЗ «ДККБ» (НО ДККБ).

17.08.2023 у больного повысилась температура, появилась боль в животе и горле, рвота. Проводилось самолечение. В связи с ухудшением самочувствия пациента было принято решение о госпитализации в НО ДККБ.

Состояние тяжелое за счет цитопенического синдрома и синдрома почечной недостаточности. Общий анализ крови: тромбоцитопения — $86 \times 10^9/\text{л}$, эритроцитопения — $2,8 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин — 88 г/л, СОЭ — 23 мм/ч. Биохимический анализ крови: креатинин — 131 мкмоль/л, мочевины — 19,9 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок — 2,11 г/л. Расчетная СКФ по Шварцу до 39,38 мл/мин/1,73 м². ПЦР кала на ОКИ — отрицательно. Активность металлопротеиназы ADAMTS 13 составила 81%. Аутоантител к фактору H — 2137 AU/ml. Выставлен диагноз: «атипичный гемолитико-уремический синдром (микроангиопатическая гемолитическая анемия, тромбоцитопения). Неолитическое острое повреждение почек». Ребенок заочно консультирован в ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. По жизненным показаниям больному назначена комплемент-ингибирующая терапия (КИТ) — экулизумаб. В отделении проведено лечение: переливание СЗП и эритроцитарной массы, КИТ, антибактериальная терапия, парентеральная глюкокортикостероидная терапия. Отмечена положительная динамика.

Заключение. Ухудшение состояния при прогрессировании аГУС обычно имеет плохие прогнозы и таит в себе риск внезапного ухудшения здоровья. Тем не менее, благодаря раннему выявлению заболевания и использованию экулизумаба — лекарства из группы ингибиторов комплемента, удалось добиться заметного улучшения состояния больного.

СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА У ДЕВОЧКИ 17 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А.

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

Актуальность. Синдром Лайелла (СЛ) — редкое (0,4–1,2 случая на 1 млн человек), тяжелое, жизнеугрожающее (летальность 30–50%) состояние, чаще медикаментозной этиологии, проявляющееся массивной отслойкой эпидермиса, обусловленной апоптозом кератиноцитов, протекает с вовлечением слизистых оболочек.

Цель исследования. Демонстрация сложного случая СЛ у девочки 17 лет с благоприятным исходом.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни девочки 17 лет с диагнозом «синдром Лайелла. Осложнение: полисерозит», находившейся на лечении в Детской краевой клинической больнице (ДККБ) в течение месяца.

Результаты. В отделение реанимации ДККБ пациентка поступила из ЦРБ, где на вторые сутки после назначения антибиотиков пенициллинового ряда (диагноз: «Правосторонняя сегментарная пневмония, ДН I ст.») появилась аллергическая реакция по типу крапивницы. При замене антибиотика на цефалоспорины 3-го поколения состояние ухудшилось, появились пузыри с прозрачным серозным содержимым на теле, отечность слизистых полости рта, губ, наружных половых органов.

При поступлении состояние тяжелое, явления ДН, на теле множественные отечные пятна ярко-красного цвета, в центре которых плоские пузыри (до 2 см) с тонкой крышкой, с прозрачным содержимым, с тенденцией к слиянию; ладони, подошвы ярко-красного цвета, отечные; на красной кайме губ — множественные корочки, эрозии. Симптом Никольского положительный. При обследовании: лейкоцитоз — $34,9 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез — $32,68 \times 10^9/\text{л}$, СРБ — 76 мг/л, гипопроотеинемия — 36,2 г/л, амилаза — 128,8 Ед/л. На КТ двусторонний гидроторакс, гидроперикард, гидропельвиоперитонеум.

Лечение: плазмоферез, метилпреднизолон (15 мг/кг/сут), свежзамороженная плазма, альбумин, хлоропирамин, наружно: метиленовый синий, крем метилпреднизолона ацепонат, а также резервные антибиотики, оксигенотерапия. Динамика положительная за счет купирования дыхательных расстройств и полного регресса кожного процесса.

Заключение. В клинической практике следует соблюдать особую настороженность при назначении цефалоспоринов пациенту, перенесшему ранее реакцию гиперчувствительности замедленного типа на антибиотики пенициллинового ряда, в связи с развитием перекрестной реактивности.

Благодаря своевременной комплексной терапии удалось достичь положительного эффекта.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ КУРИТЕЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ 14–26 ЛЕТ (НА ПРИМЕРЕ Г. КРАСНОДАРА)

Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А.

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

Актуальность. В настоящее время электронные курительные устройства (ЭКУ) набирают популярность среди молодого поколения, что вызывает обеспокоенность по поводу их негативного воздействия на здоровье молодежи.

Цель исследования. Проанализировать распространенность и закономерности использования ЭКУ среди молодых людей в возрасте от 14 до 26 лет.

Материалы и методы. По специально разработанной анкете для онлайн-опросника (Яндекс-форма) проведено анкетирование 504 школьников (14–18 лет) и 678 студентов (18–26 лет) медицинского университета г. Краснодара. Статистический анализ результатов проведен с использованием программы Excel пакета Microsoft.

Результаты. Большинство анкетированных (79,1% средней школы, 85,4% старшей школы, 85,5% младших и 91% старших курсов) осведомлены о вреде ЭКУ. При этом ЭКУ активно используют учащиеся средних (4,6%) и старших (6,4%) классов, а также студенты младших (8,3%) и старших (16,1%) курсов. Достоверно выявлено, что с увеличением возраста растет доля курящих девушек: в старших классах — 50%, на младших курсах — 73,6% и старших курсах — 84,2% ($p < 0,05$). Основные источники информации об ЭКУ — СМИ и социальные сети, их указали 49% учащихся средней школы, 43,5% старшей школы и 44,8% студентов. Влияние социума приводит к началу курения у 66,6% учащихся средних классов и 75% старших классов, в то время как у студентов основной причиной является стресс (39,2% младших и 92,1% старших курсов). После начала курения 66,6% учащихся младших и 50% старших классов замечают одышку, студенты младших курсов — кашель (17,8%), а старших — кариес (26,3%). Значительное число опрошенных не мотивированы отказаться от ЭКУ: 66,6% учащихся средней школы, 75,8% старшей школы, 64,3% студентов младших и 31,5% старших курсов. Достоверно выявлено, что мотивация к отказу от курения увеличивается к старшим курсам ($p < 0,05$).

Заключение. Исследование показало, что с увеличением возраста респондентов количество молодых людей, употребляющих ЭКУ, растет. Основным источником информации об ЭКУ являются СМИ. Среди курящих студентов преобладают девушки. Школьники чаще начинают курить под влиянием социума, а студенты — при стрессе. Первые симптомы снижения здоровья после начала употребления ЭКУ заметны уже у учащихся средней школы. У школьников преобладает отсутствие желания бросить ЭКУ, а у студентов старших курсов мотивация находится на среднем уровне. Большинство опрошенных знают о вреде использования ЭКУ.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ДЕТЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Бурлуцкая А.В., Статова А.В., Маруева Т.А.

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

Актуальность. Системные заболевания соединительной ткани (включая системную красную волчанку — СКВ) по-прежнему являются одной из самых актуальных и сложных проблем. Системные заболевания у детей характеризуются более серьезным течением по сравнению со взрослыми.

Цель исследования. Оценить клинико-лабораторные особенности течения дебюта СКВ у детей, прошедших обследование и лечение в кардиоревматологическом отделении ГБУЗ ДККБ МЗ КК.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 27 историй болезней. Оценены анамнестические, клинические, лабораторные и инструментальные данные у детей разного возраста и пола с СКВ, которые находились на специализированном лечении в отделении ГБУЗ ДККБ МЗ КК. Диагноз ставился в соответствии с классификационными критериями (SLICC, 2012), включающими 4 критерия, один из которых был клиническим и один — иммунологическим.

Результаты. В исследовании участвовало 27 детей, большую часть из них составили девочки — 88,9%, мальчики — 11,1%. Средний возраст — 14,6 лет. При оценке особенностей течения СКВ у детей установлено, что в дебюте преобладают следующие клинические критерии (SLICC, 2012): артрит (81,5%), лейкопения или лимфопения (81,5%), поражение почек (81,5%), острое активное поражение кожи (55,6%), хроническая кожная волчанка (37,0%), тромбоцитопения (25,9%), нейропсихические поражения (29,6%), нерубцовая алопеция (18,5%), серозит (18,5%), язвы слизистых (11,1%), гемолитическая анемия (7,4%). При оценке иммунологических критериев в дебюте СКВ (SLICC, 2012) выявлено, что в 88,9% случаев определяются антитела (АТ) к нативной ДНК в повышенных титрах, положительная проба Кумбса (40,7%), антинуклеарный фактор выше уровня диапазона референс-лаборатории (40,7%), положительные антифосфолипидные антитела (40,7%), низкий комплемент (22,2%). На основе оценки клинических проявлений проведен детальный анализ. Так, поражение опорно-двигательного аппарата характеризуется преимущественно артритами коленных, крупных суставов (81,5%). Острое активное поражение кожи установлено у 55,6% больных. Язвы слизистых отмечены у 11,1% больных с СКВ. Нерубцовая алопеция, выпадение волос выявлены у 18,5% детей с СКВ. В дебюте СКВ у детей отмечались следующие поражения центральной нервной системы: цефалгия различной степени интенсивности (11,1%), идиопатическая эпилепсия (11,1%), резидуальная энцефалопатия (7,4%) и др. Нарушение в работе мочевыделительной системы характеризуется главным образом поражением почек. Так, волчаночный нефрит был зарегистрирован у 81,4% детей в дебюте СКВ. Гематологические нарушения отмечались у 81,5% пациентов и наиболее часто включали лейкопению (77,8%). В дебюте заболевания у части пациентов отмечались лимфаденопатия (37,0%), гепатоспленомегалия (14,8%).

Заключение. В соответствии с классификационными критериями (SLICC, 2012) установлено, что у детей в дебюте СКВ наиболее частыми клиническими проявлениями являются артриты, волчаночный нефрит, острое активное поражение кожи. Положительные иммунологические маркеры СКВ выявлены у всех больных.

СИНДЕКАНЫ КАК ИНДИКАТОРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛИКОКАЛИКСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Быков Ю.В., Воробьева А.П., Батурин В.А., Массоров В.В.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь, Российская Федерация
ГБУЗ СК «Городская детская клиническая больница имени Г.К. Филиппского»,
Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Кетоацидоз при сахарном диабете (СД) — распространенное неотложное состояние у детей и подростков, страдающих СД 1-го типа. Нарушение структуры эндотелиального гликокаликса (ЭГ) может рассматриваться как потенциальный маркер тяжести диабетического кетоацидоза (ДКА) и риска возникновения микроциркуляторных нарушений. В современной эндокринологии практически отсутствуют исследования, посвященные оценке уровня синдеканов (SDC), как индикатора повреждения ЭГ при декомпенсации СД 1-го типа.

Цель исследования. Оценить степень повреждения ЭГ на основе концентрации SDC в зависимости от тяжести течения ДКА.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 52 ребенка. В группу исследования вошли 26 детей с ДКА, контрольную группу составили оставшиеся 26 детей. В зависимости от выраженности клинических проявлений первая группа была разделена на 3 подгруппы: с тяжелой формой ДКА ($n = 5$), со средней степенью тяжести ДКА ($n = 16$) и с легкой формой ДКА ($n = 5$). В день поступления пациента в стационар в сыворотке крови определяли уровни SDC1 и SDC4 с помощью иммуноферментного анализа. Различия между уровнями считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В сыворотке крови детей и подростков с декомпенсацией СД 1-го типа было обнаружено повышенное содержание SDC1 и SDC4. Уровень SDC1 составил 0,6365 [0,345–0,943] нг/мл, а уровень SDC4 — 2,4005 [1,565–2,988] нг/мл. Однако статистически значимые различия по сравнению со здоровыми детьми были выявлены только для SDC1 ($p = 0,04478$). У детей с тяжелым течением ДКА были зафиксированы максимальные титры SDC1 и SDC4: 0,856 [0,776–0,876] и 2,81 [1,803–3,124] нг/мл соответственно.

При улучшении клинических проявлений ДКА уровни SDC в сыворотке крови снижались, но все равно оставались достоверно выше, чем в контрольной группе ($p = 0,0064$ для SDC1 и $p = 0,0153$ для SDC4).

Заключение. У детей и подростков, которые имеют повышенные уровни SDC и определенные симптомы ДКА, могут наблюдаться признаки повреждения эндотелия. Это может свидетельствовать о тяжести эндотелиальной дисфункции, наблюдаемой у пациентов с данным заболеванием.

ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА СЕМЕЙНОГО ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА 2-ГО ТИПА

Варламова Т.В., Зарипова Ю.Р.

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет»,
Петрозаводск, Республика Карелия

Актуальность. Семейный внутрипеченочный холестаз (СВХ) представляет собой группу редких ауто-сомно-рецессивных заболеваний, которые характеризуются холестазом, приводящим к формированию цирроза печени и печеночной недостаточности. Частота данного заболевания составляет от 1 : 50 000 до 1 : 100 000 новорожденных.

Цель исследования. Причиной возникновения данного заболевания являются мутации в генах гепато-целлюлярной транспортной системы, участвующих в желчеобразовании. Различают 3 типа СВХ; 2-й тип СВХ обусловлен мутациями в гене *ABCB11*, что приводит к снижению секреции солей желчи.

Пациенты и методы. Клинический случай СВХ 2-го типа.

Анамнез жизни: доношенный мальчик от беременности, протекавшей без особенностей, срочных родов, по Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении 3510 г, длина 52 см.

Анамнез заболевания: в 3 мес на коже ребенка появились множественные гематомы, диагностирована витамин-К-зависимая коагулопатия, получал терапию Викасол с положительным эффектом. В анализе крови выявлено повышение билирубина до 45,9 мкмоль/л, повышение трансаминаз в 2 раза от нормы, тромбоцитоз. С возраста 6 мес отмечается сухость кожи, выраженный зуд. В 1 год обследован в стационаре, выставлен диагноз «врожденный гепатит неуточненной этиологии, атрезия желчных протоков?». Ребенок направлен на консультацию в федеральный центр для уточнения диагноза, где он был обследован в возрасте 1 год 3 мес и выписан с диагнозом «билиарная дисфункция». В последующем отмечаются рецидивирующие боли в животе, кожный зуд. Лабораторно отмечается гиперхолестеринемия, повышение трансаминаз в 2–3 раза от нормы. В возрасте 11 лет в связи с выраженным зудом госпитализирован в стационар по месту жительства для обследования. При поступлении состояние средней тяжести, пониженного питания. Кожные покровы желтушные, с выраженными расчесами, экскориациями. Печень выступает из-под реберной дуги на 1,5 см, край закругленный, безболезненный. В анализе крови гипербилирубинемия (141–164 мкмоль/л) за счет прямого билирубина (122–144 мкмоль/л), повышение активности трансаминаз в 2 раза, повышение щелочной фосфатазы (1116–1273 U/I). По данным УЗИ органов брюшной полости выявлена гепатомегалия, желчный пузырь представлен гипохолонным тяжем без просвета. Проведено молекулярно-генетическое исследование методом массового параллельного секвенирования 52 генов, патогенные варианты в которых вызывают наследственные заболевания, сопровождающиеся синдромом холестаза. Выявлены изменения нуклеотидной последовательности: в гене *ABCB11* (MIM 603201; RefSeq:NM_003742.4). В 22-м экзоне гена выявлена нуклеотидная замена с.2617G>A, p.(Gly873Ser) в гетерозиготном состоянии. Патогенные варианты в гене *ABCB11* приводят к развитию семейного внутрипеченочного холестаза 2-го типа, тип наследования ауто-сомно-рецессивный. Ребенок получил курс терапии Адеметионин внутривенно капельно, урсодезокси-холовую кислоту. На фоне лечения отмечены значительное уменьшение кожного зуда, нормализация показателей трансаминаз.

Заключение. Благодаря возможности проведения молекулярно-генетического исследования было диагностировано редкое заболевание печени. СВХ 2-го типа, как правило, приводит к развитию цирроза в 9–11 лет. Данному пациенту диагноз был поставлен только в 11 лет. Выявленный у пациента вариант нуклеотидной последовательности описан в dbSNP (rs559849564), в ClinVar как вариант неизвестного значения, не описан в HGMD. Согласно критериям ACMG, выявленная замена оценивается как вариант неизвестного значения, что, вероятнее всего, дало более мягкое течение заболевания.

ЧАСТОТА ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ У ДЕТЕЙ

Васильева Е.И., Козик И.Е., Яндышева Д.Г.

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

Актуальность. Среди часто встречающихся гнойных заболеваний у детей выделяются гнойные заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки. В амбулаторной практике хирурга эти заболевания составляют 70%. До 90% такой патологии вызывает стафилококковая флора.

Цель исследования. Выявить частоту возникновения, средний возраст, пол и этиологический фактор у пациентов с гнойными заболеваниями кожи, подкожно-жировой клетчатки у детей.

Пациенты и методы. Проведен анализ движения пациентов хирургического отделения Ивано-Матренинской детской клинической больницы г. Иркутска с 01.01.2024 по 20.05.2024 (форма № 007/у), изучены истории болезни (форма № 003/у), результаты бактериологических посевов поступивших пациентов. Было проанализировано 513 стационарных карт, из них 91 пациент госпитализирован с гнойными заболеваниями кожи и подкожно-жировой клетчатки (18%).

Результаты. Распределение клинических форм по частоте: абсцесс — 32%, панариций — 30%, пилонидальная киста — 16%, парапроктит — 14%, мастит — 8%. Средний возраст пациентов с абсцессом составил 8 лет, из них 52% — мальчики; выявлена микрофлора: *Staphylococcus aureus* (40%), *Streptococcus pyogenes* (17%). Средний возраст пациентов с панарицием — 5 лет, из них 60% — мальчики. Бактериологически выявили *St. aureus* (37%), *Staphylococcus epidermidis* (37%). С пилонидальной кистой преобладали мальчики (53%), средний возраст пациентов 15 лет; выявлены *Escherichia coli* (33%), *St. aureus* (27%), *St. epidermidis* (27%). Парапроктит отмечался у мальчиков — 85%; 77% — дети до 1 года; выявлены *E. coli* (46%), *St. aureus* (31%). Проявления мастита были у девочек 12–15 лет (85%), высеивался *St. aureus* (57%) и *St. epidermidis* (30%). Следовательно, основной возбудитель — стафилококковая флора — 60% (*St. aureus* — 37%, *St. epidermidis* — 23%, *Staphylococcus haemolyticus* — 2%). Мастит превалирует у девушек пубертатного возраста, парапроктит — в грудном возрасте у мальчиков, панариций в 50% — у дошкольников; абсцесс, пилонидальная киста — у детей старшего школьного возраста.

Заключение. Выявленные особенности клинических форм гнойных заболеваний кожи и подкожно-жировой клетчатки отражают возрастные и половоспецифические анатомо-физиологические особенности кожи и жировой ткани, уровень местного иммунитета детей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ CFTR-МОДУЛЯТОРАМИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Вахлова И.В., Васенёва Ю.О.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация
ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница», Екатеринбург,
Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время на первый план выступает патогенетическое лечение муковисцидоза, направленное на коррекцию функции хлорного канала. Препаратами, восстанавливающими функцию белка CFTR, являются CFTR-модуляторы.

Цель исследования. Провести оценку эффективности терапии CFTR-модуляторами у детей с муковисцидозом.

Пациенты и методы. Проведено проспективное когортное исследование, в которое включены 2 группы пациентов. В основную группу вошли 35 пациентов от 6 до 17 лет — гетерозиготные носители мутации F508del гена CFTR, получавшие препарат «ивакафтор + тезакафтор + элексакафтор и ивакафтор». В группу сравнения включены 23 ребенка от 6 до 17 лет, являющиеся гомозиготными носителями мутации F508Del гена CFTR, получавшие ивакафтор + лумакафтор. Анализировались лабораторные показатели, ФВД на старте и через 12 мес терапии.

Результаты. У пациентов основной группы получены статистически значимые изменения показателей ФВД: значение ФЖЕЛ возросло с 69,96 (19,83) до 85,08 (17,54)% ($p < 0,000$), ОФВ1 — с 67,57 (22,42) до 85,46 (20,07)% ($p < 0,000$). В группе сравнения, наоборот, значимо увеличилось количество детей с низкими показателями ОФВ1.

Панкреатическая эластаза кала в основной группе увеличилась через 6 мес ($p < 0,049$), а в группе сравнения повысилась незначимо ($p < 0,198$). В группе сравнения выявлена тенденция к снижению частоты тяжелой панкреатической недостаточности на 17,3% ($p < 0,08$).

Проводимость пота значимо снизилась ($p < 0,000$) через 12 мес в основной группе, в группе сравнения отмечена лишь тенденция к снижению ($p < 0,058$).

Уровень АСТ значимо снизился в основной группе ($p < 0,004$) и группе сравнения ($p < 0,043$). Уровень АЛТ снизился лишь в основной группе ($p < 0,014$). Отмечено выраженное снижение уровня ЩФ, относительный риск снижения ЩФ составил 5 раз (ОР = 5,3 (1,8–15,8)).

Уровень ГГТП снизился только у пациентов группы сравнения ($p = 0,000$), достигнув нормализации показателя в 82,6% случаев.

Заключение. По результатам анализа выявлен высокий профиль эффективности и безопасности таргетной терапии муковисцидоза.

Применение препарата «ивакафтор + тезакафтор + элексакафтор и ивакафтор» в сравнении с ивакафтор/лумакафтор показало больший клинический эффект в улучшении функционирования органов дыхания в виде значимого увеличения показателей ФВД. Применение ивакафтор + лумакафтор позволило снизить риск гиперфосфатаземии и активность печеночных ферментов, значимо уменьшить число пациентов с высоким уровнем ГГТП.

В обеих группах исследования не отмечено нежелательных реакций, потребовавших отмены терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Вишня А.А., Скударнов Е.В., Малюга О.М.

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

Актуальность. Ихтиоз — гетерогенная группа кожных заболеваний, характеризующихся генерализованным нарушением кератинизации, клинически проявляющимся диффузным гиперкератозом. Врожденный ихтиоз редко встречается в практике педиатра.

Цель исследования. Изучить течение ихтиоза у новорожденного.

Пациенты и методы. Представлено клиническое наблюдение ихтиоза у новорожденного ребенка. Мальчик родился от 2-й беременности (1-я беременность — неразвивающаяся на 5–6-й нед), 1-х родов в 36,6 нед гестации, рост 50 см, масса тела 2800 г, по шкале Апгар 7/8 баллов. Настоящая беременность протекала благоприятно. Один скрининг не был проведен.

Результаты. При первичном осмотре новорожденного — выраженная сухость кожи и шелушение, фолликулярный гиперкератоз. Кожа на ладонях и подошвах утолщена, усилен рисунок кожи. В тяжелом состоянии за счет кожного процесса и высокого риска инфицирования ребенок переведен в отделение реанимации, при обследовании повышен СРБ до 36,07 мг/л, в бакпосеве крови выделена *Morganella Morganii*. На 3-и сут — кожные покровы с беловато-сероватым роговым панцирем, с глубокими красными трещинами, кожа на ладонях и стопах утолщена, рот зияет (эклабиум — «рыбий рот»), эктропион правого века, уши деформированы. В терапии: лечебно-охранительный режим в кувезе с уровнем температуры 36,7 °С и влажностью 80%, энтеральное питание сцеженным грудным молоком, инфузионная терапия, антибактериальная терапия, наружная репаративная терапия кремом с декспантенолом каждые 3 ч. После нормализации состояния на 5-е сут ребенок переведен в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей.

Заключение. Представлено клиническое наблюдение редкого врожденного заболевания — ихтиоза у новорожденного. Прогноз у данного пациента возможен благоприятный при условии использования наружной репаративной терапии и наблюдения дерматологом в течение всей жизни.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ: СИНДРОМ ПРАДЕРА – ВИЛЛИ (ДЕМОНСТРАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Власенко Н.Ю.^{1, 2}, Павлинова Е.Б.¹, Савченко О.А.^{1, 2}

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

² БУЗОО «Областная детская клиническая больница», Омск,
Российская Федерация

Актуальность. Ведущим клиническим признаком синдрома Прадера – Вилли (СПВ) является мышечная гипотония. На современном этапе имеется возможность терапии детей рекомбинантным гормоном роста. Однако диагноз часто выставляют только к 3 годам жизни при возникновении морбидного ожирения.

Цель исследования. Представить описание клинического случая пациента с целью информирования врачей-педиатров о ранней диагностике, важности совместного наблюдения пациентов с СПВ для раннего старта терапии.

Пациенты и методы. В Омской области на учете 13 детей с СПВ. Все дети имеют морбидное ожирение. Проанализирован случай с ребенком 3 лет.

Результаты. Девочка М., первый ребенок из двойни, от молодых родителей. Роды преждевременные, в 32 нед. Масса при рождении — 1809 г. При рождении состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности и гемодинамических нарушений. В неврологическом статусе — симптомы угнетения ЦНС с выраженной мышечной гипотонией. По результатам исследования хромосомной патологии не выявлено. Дифференциальный диагноз проводился между нервно-мышечными заболеваниями, синдромальной формой патологии, наследственными болезнями обмена веществ и митохондриальными заболеваниями. Все эти заболевания были исключены. Исследование методом FISH установило делецию в сегменте 15q11 генов *SNRHN* и *UBE3A*, характерных для синдрома Прадера – Вилли. Девочка впервые попала к эндокринологу в возрасте 3 лет. Живет в дальнем районе области, в опекаемой семье, с ней вместе воспитываются еще 4 ребенка в возрасте до 10 лет. Физическое развитие по данным амбулаторной карты: в возрасте 3,5 мес — гармоничное; в 7 мес — белково-энергетическая недостаточность 2-й степени; в 1 год — SDS гармоничное; в 3 года — SDS ИМТ + 5,65 (морбидное ожирение).

Заключение. Симптомокомплекс «вялого ребенка» послужил отправной точкой для дифференциально-диагностического поиска. На современном этапе имеется возможность терапии детей с СПВ рекомбинантным гормоном роста (*p-ГР*), однако лечение рекомендовано до развития морбидного ожирения. Своевременное выявление заболевания, правильная маршрутизация, работа мультидисциплинарной команды (обязательное наблюдение детей с СПВ детским эндокринологом) чрезвычайно важны и актуальны для улучшения качества жизни пациентов с СПВ.

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ (НА ПРИМЕРЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ)

Власенко Н.Ю.^{1, 2}, Павлинова Е.Б.¹, Юдицкая Т.А.^{1, 2}, Юнгман Н.В.²,
Каргаполова К.И.², Кузнецова П.В.², Оленич М.В.², Попова А.Д.²

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

² БУЗОО «Областная детская клиническая больница», Омск,
Российская Федерация

Актуальность. В Омской области более 900 детей и подростков наблюдаются с сахарным диабетом 1-го типа (СД1). Только 18% из них достигают целевых значений. Различные поражения кожи могут быть следствием неправильного использования средств самоконтроля, инъекций инсулина и вести к нарушению компенсации.

Цель исследования. Изучить структуру и факторы риска дерматологических осложнений инсулинотерапии и мониторингирования у детей с СД1.

Пациенты и методы. Исследование проводилось на основе очного и заочного опроса в формате анкетирования, в котором участвовали 139 человек в возрасте от 2 до 17 лет, наблюдающиеся в БУЗОО «ОДКБ» г. Омска. Впоследствии данные были собраны на онлайн-сервисе Google Forms и обработаны с использованием статистических электронных таблиц Microsoft Excel 2010, а также визуализированы в виде диаграмм.

Результаты. В Омской области около 90% пациентов детского возраста обеспечены системой непрерывного мониторингирования, около 10% среди опрошенных детей жаловались на возникновение воспалительной реакции в ответ на ношение прибора или дополнительного крепления (пластыря), проявляющейся в виде воспаления или сыпи.

При анкетировании было установлено, что множественные инъекции инсулина (МИИ) используют 77% пациентов, 23% — инсулиновую помпу. Наиболее часто для места инъекции с помощью шприц-ручек дети используют живот (80,0%). Дети, находящиеся на помповой инсулинотерапии, наоборот, чаще устанавливают инфузионный набор в области ягодицы. Одно из наиболее частых осложнений инсулинотерапии — липогипертрофия (15% от общего количества опрошенных). Возможные причины этого осложнения: редкая смена иглы (54,7% детей меняют иглу при каждой инъекции, 10% меняют иглу 1 раз в день); отсутствие ротации мест инъекции (30% опрошенных).

Помимо этого встретились изменения кожи, не связанные с контролем и терапией диабета: витилиго — 2,2% случаев (3 человека).

Заключение. Для профилактики поражений кожи при использовании систем мониторинга гликемии необходимо соблюдение инструкции по времени ношения прибора. Профилактика осложнений инсулинотерапии при СД1 заключается в обучении пациентов технике инъекций инсулина с помощью шприц-ручек с ротацией мест введения и заменой игл. Соблюдение этих простых правил позволит снизить риск формирования липогипертрофий и добиться стабилизации гликемии.

АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЙ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ДЕТЯМ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В СООТВЕТСТВИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ

Волкова Ю.В., Скударнов Е.В., Титова З.А., Зенченко О.А., Малюга О.М.

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

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) — одно из самых распространенных заболеваний у детей. Главным направлением лечебных мероприятий при АтД является наружная терапия. Топические глюкокортикоиды (ТГК) являются препаратами первой линии для наружной противовоспалительной терапии АтД.

Цель исследования. Ретроспективный анализ данных амбулаторных карт детей с АтД для анализа назначений ТГКС согласно утвержденным клиническим рекомендациям (2024 г.).

Пациенты и методы. В исследование включено 50 детей с АтД в возрасте от 6 мес до 18 лет, обратившихся к врачу-аллергологу в Алтайскую краевую детскую поликлинику (г. Барнаул) в период обострения ($n = 18$) и неполной ремиссии ($n = 32$).

У всех больных была легкая или среднетяжелая степень АтД. Легкая степень отмечалась у 21 (42%) ребенка, средняя степень — у 29 (58%) детей. Среди обследованных детей мальчики составили 48% ($n = 24$), девочки — 52% ($n = 26$).

Результаты. Для наружной терапии всем детям (100%) назначались ТГК.

По данным анализа, однокомпонентные ТГК (1К-ТГК) получали 39 (78%) детей с АтД, двухкомпонентные (2К-ТГК) — 7 (14%) пациентов, трехкомпонентные (3К-ТГК) — 4 (8%) ребенка. Комбинированные ТГКС назначались при наличии клинических маркеров вторичного инфицирования кожи бактериальной и микотической инфекцией.

Из группы 1К-ТГК более половины детей получали гидрокортизон — 20 (51,3%) детей, треть — метилпреднизолона ацепонат — 12 (30,8%) больных и мометазон — 7 (17,9%) пациентов. Препараты были назначены в соответствии со степенью тяжести АтД и возрастом пациентов.

Из группы 2К-ТГК врачи рекомендовали: бетаметазон + гентамицин — трем больным (42,8%), бетаметазон + фузидовая кислота — двум больным (28,6%) и гидрокортизон + окситетрациклин — двум пациентам (28,6%). Данные препараты также были назначены в соответствии со степенью тяжести АтД и возрастом пациентов.

Из группы 3К-ТГК 2 (50%) пациента получали гидрокортизон + натамицин + неомицин; еще двум детям (50%) был назначен бетаметазон + клотримазол + гентамицин (детям младше 2 лет).

Кратность назначения ТГК и длительность курса терапии были указаны во всех амбулаторных картах.

Заключение. Выбор лекарственных средств для наружной терапии в целом соответствовал современным клиническим рекомендациям. В период обострения заболевания при активации вторичной инфекции обосновано включались препараты, обладающие противомикробным эффектом (антибактериальные, противогрибковые). При этом следует назначать препараты с учетом возрастных ограничений.

ФЕКАЛЬНЫЙ КАЛЬГРАНУЛИН (S100A12) КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ И МОНИТОРИНГА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Гарина Г.А., Камалова А.А., Ханафина М.А.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»,
Казань, Российская Федерация

Актуальность. Эндоскопические методы обычно не используются для мониторинга заболевания в детском возрасте из-за их инвазивности. S100A12 является потенциальной альтернативой илеоколоноскопии при диагностике и мониторинге язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК).

Цель исследования. Изучить диагностическое значение фекального кальгранулина при БК и ЯК у детей.

Пациенты и методы. В исследование вошли 118 больных с воспалительными заболеваниями кишечника (63 мальчика и 55 девочек) и 30 условно здоровых детей (14 мальчиков и 16 девочек). Средний возраст — 14 лет (Q1–Q3 11–16). У всех детей определяли уровень фекального кальгранулина методом ИФА (Cloud-clone Corp., США, единица измерения — пг/мл) в зависимости от клинической, лабораторной, эндоскопической и гистологической активности заболевания.

Результаты. У детей как с БК (Me — 234,8 пг/мл; Q1–Q3 92,6–404,8), так и ЯК (Me — 168,6 пг/мл; Q1–Q3 63,9–395,1) показатели кальгранулина были статистически значимо выше, чем у детей из группы контроля (Me — 107,3 пг/мл; Q1–Q3 54,6–165,3); $p < 0,05$. Уровень биомаркера при активной форме БК, согласно педиатрическому индексу активности БК (PCDAI), был выше (Me — 275,4 пг/мл; Q1–Q3 217,9–413,9), чем в фазе клинической ремиссии (Me — 67,4 пг/мл; Q1–Q3 54,7–89,1); $p = 0,013$. Также уровень кальгранулина был выше у детей с эндоскопически активной формой БК (Me — 273,5 пг/мл; Q1–Q3 218,6–438,4) по сравнению с детьми в неактивной фазе заболевания (Me — 56,3 пг/мл; Q1–Q3 51,6–85,5); $p = 0,003$. Показатели фекального кальгранулина не различались в зависимости от клинической и эндоскопической активности ЯК. Корреляционный анализ концентрации кальгранулина с показателями лабораторной активности не выявил значимой связи. Концентрация кальгранулина не различалась в зависимости от гистологической активности как ЯК, так и БК.

Заключение. Фекальный кальгранулин может использоваться в качестве дополнительного неинвазивного диагностического маркера ВЗК в детском возрасте. Его высокий уровень может указывать на активную форму БК и являться одним из маркеров, определяющих показания к илеоколоноскопии, особенно в динамике заболевания. Фекальный кальгранулин не показал эффективность в выявлении клинической и эндоскопической активности ЯК и определении гистологической активности как БК, так и ЯК. Определение фекального кальгранулина при БК представляется перспективным и неинвазивным инструментом мониторинга БК.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Горбунова Е.А.¹, Устинова Н.В.^{1, 2}, Каталкина К.С.³

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

² ГБУЗ города Москвы «Научно-практический центр психического здоровья
детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения
города Москвы», Москва, Российская Федерация

³ ФGAOY BO «Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет),
Москва, Российская Федерация

Актуальность. Недавние исследования показывают противоречивые результаты распространенности аллергических заболеваний у детей с расстройством аутистического спектра (РАС). Исследования аллергической патологии у детей с аутизмом важны, так как существует влияние симптомов аллергии (зуд, боль) на поведение. Кроме того, рассматривается теория об общности патогенетических механизмов развития аутистических расстройств и аллергии.

Цель исследования. Изучить частоту и особенности аллергических заболеваний у детей с РАС.

Пациенты и методы. Проведено одномоментное несравнительное исследование с последующим статистическим анализом данных. Были обследованы 64 ребенка с установленным диагнозом РАС врачом-психиатром, из них 45 мальчиков и 19 девочек. Возраст участников составил от 1 года до 17 лет ($M = 10 \pm 4,679$). Всем пациентам было проведено комплексное обследование, включающее консультации врачей: психиатра, педиатра и аллерголога-иммунолога, а также лабораторное иммунологическое обследование: аллергочип ImmunoCAP ISAC (IgE к 112 аллергокомпонентам из 51 аллергенного источника) и ALEX2 (IgE к 300 аллергенам на основе 120 экстрактов и 180 аллергенных молекул).

Результаты. Аллергические заболевания были выявлены у 34 (53%) пациентов с РАС, из них впервые аллергическая патология была диагностирована у 24 обследуемых детей (36%). По результатам обследования были установлены следующие заболевания: аллергический ринит у 16 детей с аутизмом (25%), атопический дерматит у 9 (14%), поллиноз у 3 (5%). Мультиморбидность, включавшая 3 и более аллергических заболевания, наблюдалась у 4 больных с более тяжелым течением РАС. Сенсибилизация была выявлена в 43,8% случаев. У 28 (43,8%) больных на момент обследования симптомы аллергии отсутствовали, однако у 13 (46%) из них наблюдалась сенсибилизация к различным (ингаляционным, пищевым) аллергенам и осиному яду. Поливалентная сенсибилизация была установлена у 8 (12,5%) человек. У 18 больных преобладали умеренные и высокие показатели уровня SIgE к ингаляционным аллергенам и перекрестно-реактивным компонентам. У пациентов с РАС была выявлена сенсибилизация к аллергену Bet v1 березы, которая наблюдалась у 6 (33,3%) больных. Сенсибилизация к аллергену Phl p1 травы тимopheевки луговой выявлена в 5 случаях (27,7%), к ингаляционному аллергену Fel d 1 кошки — у 7 (38,9%) пациентов.

Заключение. Показана высокая распространенность сопутствующей аллергической патологии у детей с РАС. Для эффективной медицинской помощи пациентам с аутизмом необходимо проводить комплексную своевременную диагностику аллергических заболеваний с последующей коррекцией данной патологии.

МОЧЕВАЯ КИСЛОТА — ЗНАЧИМЫЙ МАРКЕР РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Гурина Е.С.

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

Актуальность. Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и гиперурикемии (ГУ) увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений в 5 раз, в связи с чем таким пациентам необходим регулярный мониторинг уровня мочевой кислоты в сыворотке крови.

Цель исследования. Определить роль ГУ как фактора риска развития первичной АГ у детей и подростков в Краснодарском крае.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 142 ребенка с первичной АГ, находившиеся на обследовании и лечении в Детской городской клинической больнице г. Краснодара в период с 2022 по 2024 г. Диагностическая программа включала анализ возрастной структуры пациентов, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и определение индекса массы тела (ИМТ).

Результаты. Среди пациентов преобладали мальчики — 65,5%, количество девочек — 34,5%. Возраст от 8 до 17 лет, средний — 15 лет.

Распределение уровня мочевой кислоты (МК) в зависимости от возраста: в возрастной группе 8–11 лет нормальный уровень МК выявили у 80% пациентов, у 20% констатировали ГУ; в 12–14 лет у 35% пациентов — ГУ; остальным детям (65%) этой группы присущ нормальный уровень МК; в 15–17 лет повышенный уровень МК выявлен у 50% детей. По данным СМАД, пациенты были разделены на 3 группы: дети с лабильной АГ — 53%, со стабильной АГ 1-й степени — 32% и со стабильной АГ 2-й степени — 15%.

В группе детей с лабильной АГ ГУ была выявлена в 28% случаев; у пациентов со стабильной АГ 1-й степени — у 37%, а со стабильной АГ 2-й степени — у 45% детей.

Средний ИМТ у пациентов с ГУ — 30, среди них: избыточная масса тела — у 13%, ожирение 1 степени — у 28%, ожирение 2 степени — у 8%, ожирение 3 степени — у 3%. В сравнении с группой без значимого повышения МК: средний ИМТ — 27, избыточная масса тела — у 5%, ожирение 1 степени — у 14%, ожирение 2 и 3 степени — не зарегистрировано.

Заключение. Результаты исследования показали наличие взаимосвязи ГУ с возрастом, со степенью АГ и ИМТ. Это свидетельствует о значении ГУ в качестве важного биохимического маркера развития АГ у детей, который дает возможность своевременно воздействовать на патологические состояния в самом начале их развития.

ДИНАМИКА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА, ИМЕЮЩИХ ОЖИРЕНИЕ И ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА

Демяненко А.Н.

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

Актуальность. Отмечается увеличение частоты встречаемости ожирения и избытка массы тела у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа (СД1). Ожирение повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний, который при СД1 выше, чем в общей популяции, что подчеркивает необходимость изучения его факторов риска, среди которых имеет значение длительность заболевания.

Цель исследования. Изучить динамику массы тела у детей и подростков с сахарным диабетом 1-го типа, имеющих ожирение и избыток массы тела.

Пациенты и методы. Обследовано 313 пациентов в возрасте 2–17 лет с СД1, состоящих на диспансерном учете у детского эндокринолога, с длительностью заболевания от 6 мес до 10 лет. Всем пациентам проводилось антропометрическое исследование с оценкой физического развития по программе WHO ANTHRO и ANTHRO Plus. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы Statistic 7,0 (StatSoft, 2009), Excel 10.0.

Результаты. При анализе данных антропометрического исследования было установлено, что 68 (21,7%) пациентов с СД1 имели избыток массы тела, а 32 (10,2%) — ожирение различных степеней. Частота встречаемости ожирения в динамике заболевания СД1 возрастала в 2,6 раза (с 5,4% на 1-м году до 14,3% при длительности заболевания более 5 лет ($p = 0,077$)), а избытка массы тела — с 10,8 до 28,6% соответственно ($p = 0,030$). Пациенты, имеющие избыток массы тела после 5 лет заболевания СД1, на 1-м году заболевания имели нормальную массу тела (58,3%), 27,8% — избыток, 8,3% — ожирение, а у 5,6% определялся дефицит массы тела ($p < 0,001$). При этом все пациенты с нормальной массой тела на 1-м году заболевания увеличивали ее до избыточной ($p < 0,001$) в динамике заболевания. У пациентов, у которых сформировалось ожирение после 5 лет заболевания СД1, на 1-м году заболевания определялся избыток массы тела (50%), у 25% была нормальная масса тела и у 25% — ожирение; ни один пациент не имел дефицита массы тела ($p = 0,224$). При этом все пациенты с избыточной массой тела на 1-м году заболевания имели ожирение после 5 лет заболевания ($p < 0,001$).

Заключение. Частота встречаемости избытка массы тела и ожирения у детей с СД1 в динамике заболевания увеличивается. При этом у пациентов, имеющих избыток массы тела и ожирение в дебюте заболевания, отмечается прогрессирующий характер их течения на протяжении 5 лет динамического наблюдения.

СТЕПЕНЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА, ПОЛА, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Джумагазиев А.А.¹, Отто Н.Ю.¹, Филипчук А.В.¹, Безрукова Д.А.¹, Шилина Н.М.², Сорокина Е.Ю.², Сокольников А.А.², Сосиновская Е.В.¹, Безруков Т.Д.²

¹ ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Астрахань, Российская Федерация

² ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Российская Федерация

Актуальность. Приводятся данные по дефициту витамина D у детей с конституционально-экзогенным ожирением (КЭО). Выявлена корреляционная взаимосвязь между уровнем витамина D и такими признаками, как возраст, пол, рост.

Цель исследования. Установить взаимосвязь уровня витамина D (25(OH)D) у детей с КЭО с возрастом, полом, показателями физического развития.

Пациенты и методы. Обследовано 60 пациентов с ожирением (36 мальчиков и 24 девочки), медиана возраста соответствует 13 [min 6,3; max 17,11] лет. Диапазон коэффициента стандартного отклонения индекса массы тела (SDS ИМТ) составил от +1,1 до +4,0. Уровень 25(OH)D в сыворотке крови определяли с помощью набора 25OH Vitamin D Total ELISA (DIA Source, Бельгия). Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием пакета программ Statistica 10. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. У 90% обследуемых детей с КЭО выявлено снижение уровня витамина D в сыворотке крови разной степени тяжести. Глубокий дефицит витамина D (< 10 нг/мл) имеют 5%, дефицит (10–20 нг/мл) — 45%, недостаточность (21–29 нг/мл) — 40%, нормальный уровень 25(OH)D (≥ 30 нг/мл) — 10% детей с КЭО ($p < 0,01$). У мальчиков 12–17 лет дефицит 25(OH)D (≤ 20 нг/мл) выявляется чаще по сравнению с возрастом 7–11 лет ($p < 0,05$). Медиана уровня 25(OH)D в сыворотке крови у мальчиков-подростков составила 15,5 [min 10,08; max 20,9] нг/мл, в 7–11 лет — 19,0 [17,9; 20,8] нг/мл. У девочек таких различий не получено ($p > 0,05$).

У мальчиков с КЭО установлена отрицательная корреляция между уровнем 25(OH)D и возрастом ($r = -0,507$, $p < 0,01$). У девочек, напротив, чем старше возраст, тем уровень 25(OH)D в сыворотке крови выше ($r = 0,26$, $p > 0,05$).

Не выявлено корреляционных взаимосвязей между уровнем витамина D и ИМТ ($r = 0,0085$), SDS ИМТ ($r = 0,026$).

У мальчиков с КЭО отмечается обратная корреляционная зависимость между уровнем 25(OH)D в сыворотке крови и показателями роста ($r = -0,430$, $p < 0,05$). У девочек такой зависимости не выявлено ($r = 0,156$, $p > 0,05$).

Заключение. У детей с ожирением установлена взаимосвязь между уровнем витамина D в сыворотке крови и такими признаками, как пол, возраст и рост. Независимо от величины ИМТ и SDS ИМТ у 90% детей с КЭО выявлено снижение уровня витамина D. Определены гендерные различия в корреляционных связях диад: «уровень 25(OH)D и возраст», «уровень 25(OH)D и рост». Все это необходимо учитывать при разработке программ прогнозирования, персонализированной профилактики и реабилитации детей с КЭО.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ КОАГУЛЯЦИЙ ПРИ ОРФАННЫХ БОЛЕЗНЯХ У ДЕТЕЙ

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

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

² ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет),
Москва, Российская Федерация

Актуальность. На сегодняшний день орфанные болезни рассматриваются как расстройства широкого спектра. Нарушенная экспрессия генов, ответственных за развитие данных болезней, может обуславливать мультисистемность проявлений, в том числе и в системе коагуляции.

Цель исследования. Проанализировать изменения коагуляции у детей с орфанной патологией (мукополисахаридоз).

Пациенты и методы. Обследовано 94 ребенка с подтвержденным ранее диагнозом мукополисахаридоз различных типов. Из них 59 мальчиков, медиана возраста — 109 (IQR 57; 141) мес и 35 девочек — 84 (IQR 56,25; 146,75) мес. Группа сравнения — 114 условно здоровых детей (45 мальчиков и 69 девочек). Медиана возраста у мальчиков — 101 (IQR 78; 137) мес, медиана возраста у девочек — 108 (IQR 70; 146) мес. Все пациенты осмотрены специалистами (генетик, педиатр). Проведено лабораторное обследование (коагулограмма).

Результаты. Установлены статистически значимые различия в системе коагуляции у пациентов с мукополисахаридозом (МПС) различных типов в сравнении с группой условно здоровых детей. У всех пациентов с МПС наблюдалось удлинение протромбинового времени (ПВ), медиана показателя составила 15,4 (IQR 14,3; 16,4) сек, а в группе сравнения — 14,3 (IQR 14,0; 15,0) сек. Среди всех типов МПС наиболее выраженное удлинение ПВ наблюдалось у пациентов с МПС III типа. Также у всех пациентов с МПС выявлено статистически значимое снижение активности протеина S по сравнению с условно здоровыми детьми, медиана показателя составила 71,3 (IQR 58,5; 84,0)%, в группе сравнения — медиана 84,0 (IQR 75,0; 99,0)%. Среди всех типов МПС наибольшее снижение активности протеина S наблюдалось у пациентов с МПС III типа.

Заключение. Выявленные нарушения у пациентов с МПС в системе коагуляции (удлинение ПВ и снижение активности протеина S) могут свидетельствовать о наличии дефицита витамин К-зависимых факторов свертывания. При этом в наибольшей степени нарушения отмечались у детей с МПС III типа (синдром Санфилиппо). Вероятно, изменения в системе коагуляции у детей с МПС III типа могут быть обусловлены не только дисбалансом в системе гемостаза, но и нарушением молекулярных путей ферментных систем, оказывающих регуляторное действие на каскад коагуляции, под влиянием патогномоничных для МПС III типа генов (*SGSH*, *NAGLU*, *HGSNAT*, *GNS*).

ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ (ОРФАННЫХ) ЗАБОЛЕВАНИЙ В ХМАО — ЮГРЕ МЕТОДОМ СЕКВЕНИРОВАНИЯ ЭКЗОМА

Донников М.Ю.¹, Колбасин Л.Н.^{1, 2}, Морозкина А.В.¹, Коваленко Л.В.¹,
Белоцерковцева Л.Д.²

¹ БУ ВО ХМАО — Югры «Сургутский государственный университет»,
лаборатория «Биобанк Югры», Сургут, Российская Федерация

² БУ ХМАО — Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства
и детства», медико-генетическая консультация, Сургут, Российская Федерация

Актуальность. Прямая молекулярно-генетическая диагностика редких заболеваний стала возможной с внедрением в практику секвенирования нового поколения. Востребованность нового вида исследований определяется запросом со стороны как клинических генетиков, так и смежных специалистов.

Цель исследования. Проведение валидации диагностических результатов секвенирования клинического экзома на базе лаборатории «Биобанк Югры» и медико-генетической консультации г. Сургута.

Пациенты и методы. Для валидирующего исследования на базе лаборатории «Биобанк Югры» использовались «ослепленные» образцы пациентов с наследственной патологией ($n = 50$), охарактеризованные в авторизованной генетической лаборатории. Секвенирование клинэкзома проводилось методом парноконцевых чтений на секвенаторе DNBSEQ-G50 RSlite (MGI, KHP). Для пробоподготовки использовалась методика селективного захвата кодирующих участков ДНК NEXome Plus Panel. Все найденные варианты были подтверждены секвенированием по Сэнгеру.

Результаты. Молекулярно-генетическая патология была диагностирована у 50% (25/50) образцов, что соответствует 100% специфичности и чувствительности метода. Количество случаев — 50. Возраст, гг. (медиана, Q1; Q3): 3,7 (1,5; 10,6). Соотношение полов: М : Ж = 0,50 (25/25). Диагнозы чаще диагностировались у лиц с аномалиями нервной, костной и дыхательной систем. Количество выявленных патогенных вариантов — 74; вероятно патогенных — 33; VUCS — 12. Выявлены преимущественно аутосомно-доминантные заболевания ($n = 15$), среди них наиболее частые — нейрофиброматоз (MIM # 162200; $n = 8$), несовершенный остеогенез (MIM # 166200; $n = 4$), ахондроплазия (MIM # 100800; $n = 3$). Количество аутосомно-рецессивной патологии — 3, из них чаще всего — цилиарная дискинезия (MIM # 615505; $n = 2$). Выявлен 1 случай X-сцепленной патологии (гемофилия А, MIM # 306700). В 7 случаях было выявлено по 1 редкой патологии. Также анализ семейной сегрегации выявил 4 новых варианта в генах *ABCC2*, *PIEZO2*, *KCNQ1*, *EHMT1* (внесены в базы данных).

Заключение. Подтверждена возможность проведения высокотехнологичных молекулярно-генетических исследований в региональных условиях совместной работы лаборатории «Биобанк Югры» и медико-генетической консультации г. Сургута. Рекомендовано проводить секвенирование клинэкзома как тест первого уровня у детей с подозрением на наследственную патологию. Необходимы дальнейшие функциональные исследования выявленных VUCS с последующим размещением информации в генетических базах данных.

НАРУШЕНИЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Дубровская И.В.^{1, 2}, Турович И.В.², Кузнецова Т.А.¹

¹ ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева», Орёл, Российская Федерация

² БУЗ Орловской области «Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям им. З.И. Круглой», Орёл, Российская Федерация

Актуальность. Нутритивный статус — показатель здоровья и репаративных возможностей организма определяется как антропометрическими показателями, так и компонентным составом тела с помощью биоимпедансного анализа (БИА).

Цель исследования. Оценить нутритивный статус больных детей школьного возраста в зависимости от тяжести течения бронхиальной астмы (БА) для обоснования персонифицированного подхода к терапии и диетической коррекции.

Пациенты и методы. На базе аллергологического отделения обследовано 93 ребенка 6–17 лет с БА: мальчики — 61 (65,6%), девочки — 32 (33,4%). Оценивались стандартные клинические, лабораторные данные, проводился БИА аппаратом «АВС-01 МЕДАСС». При статистической обработке использовался пакет программ Statistica 10.0. Проводился корреляционный анализ по Пирсону. Достоверность различий изучаемых показателей оценивалась по критерию χ^2 .

Результаты. По фенотипу преобладала аллергическая БА, $n = 87$ (93,0%), неаллергическая, $n = 1$ (1,0%), смешанная, $n = 6$ (6,0%); по тяжести — легкая форма, $n = 26$ (27,8%), средней степени тяжести, $n = 64$ (69,0%), тяжелая, $n = 3$ (3,2%). При сравнении показателей SDS ИМТ и БИА (процент жировой массы — ЖМ) ожирение встречалось в 1,5 раза чаще по БИА ($n = 64$ (69,0%)), чем по данным SDS ИМТ ($n = 43$ (46%)). При этом у 7 (23,3%) пациентов выявлено латентное ожирение при нормальном SDS ИМТ. Саркопеническое ожирение, т.е. снижение тощей массы (ТМ) тела за счет ЖМ, встретилось у 7 (26,6%) пациентов с нормальными показателями SDS ИМТ ($n = 30$) и у 1 (2,0%) с повышенным SDS ИМТ ($n = 50$). Корреляционный анализ выявил сильные положительные связи между процентом ЖМ и тяжестью течения БА: у мальчиков независимо от возраста ($r = 0,85$, $p < 0,005$) и у девочек младшего школьного возраста ($r = 0,74$, $p < 0,050$).

Заключение. Ограничение физической активности в сочетании с воспалительным синдромом приводит к катаболизму белка, развитию мышечной дистрофии (саркопении), что отягощает течение БА. В этой связи при ведении больных БА целесообразно оценивать нутритивный статус, т.е. соотносить SDS ИМТ с показателями ЖМ и ТМ с помощью БИА для обоснования персонифицированной диетической коррекции и дозированной физической нагрузки.

ВАКЦИНАЦИЯ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ: ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К ИММУНИЗАЦИИ

Ермолаева Ю.А., Неяскина Е.С., Пономарева Д.А.

*ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Томск, Российская Федерация*

Актуальность. Вакцинопрофилактика — эффективный метод предотвращения инфекционных болезней, ежегодно спасающий 2–3 млн жизней. Однако на фоне недоверия к вакцинам заболеваемость вакциноуправляемыми инфекциями возрастает. ВОЗ объявила 2023 г. годом активных действий для восстановления иммунизации до уровня 2019 г.

Цель исследования. Оценка приверженности вакцинации среди студентов лечебного и педиатрического факультетов ФГБОУ ВО СибГМУ МЗ РФ.

Пациенты и методы. Материалом для исследования служила методика Д.В. Кауниной и соав., 2023 г., состоящая из четырех шкал. Шкалы включают в себя 27 вопросов, которые являются показателями для оценки уровня приверженности вакцинации. Каждый показатель является значением, рассчитанным для отдельного респондента и представленным в виде баллов. В период с ноября 2023 по январь 2024 г. было проведено анонимное анкетирование с помощью онлайн-платформы на базе ФГБОУ ВО СибГМУ МЗ РФ, в котором приняли участие 289 респондентов 4–6 курсов лечебного и педиатрического факультетов.

Результаты. Для оценки валидности методики был рассчитан коэффициент α -Кронбаха, который составил 0,7, что свидетельствует о валидности и внутренней согласованности вопросов.

Результаты корреляционного анализа по методу r-Спирмена уровня приверженности вакцинации и ответов на вопросы методики выявили несколько статистически значимых связей с рядом вопросов. Все корреляции положительные.

Шкала субъективных мнений: ответы респондентов показывают, что 100% студентов лечебного и 91% студентов педиатрического факультетов положительно относятся к вакцинации. Шкала грамотности в вопросах вакцинации: значительное количество студентов двух факультетов не имеет достаточной информации о вакцинах, не предусмотренных национальным календарем прививок. Шкала доверия медицинской службе: уровень доверия «официальной» медицине высокий — 95% респондентов лечебного и 91% педиатрического факультетов полагаются на традиционную медицину. Шкала уверенности в эффективности вакцинации: 94% респондентов лечебного и 80% педиатрического факультетов считают, что вакцинация обеспечит защиту от инфекционных заболеваний.

Уровень приверженности высчитывался в зависимости от набранных баллов. В общей выборке уровень приверженности вакцинации оказался средним у 80%, высоким — у 18% и низким — у 2% респондентов.

Заключение. Приверженность вакцинации среди студентов лечебного и педиатрического факультетов ФГБОУ ВО СибГМУ МЗ РФ имеет средний уровень. Не выявлено достоверных различий среди студентов 4–6 курсов лечебного и педиатрического факультетов по уровню доверия медицинской службе, грамотности в вопросах вакцинации и уверенности в ее эффективности. Сравнительный анализ результатов студентов двух факультетов демонстрирует, что их отношение к вакцинации является однородным, что может быть полезным для разработки общих образовательных программ.

ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Ершова И.Б., Васендина М.В.

*ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки» Минздрава России, Луганск,
Луганская Народная Республика*

Актуальность. Наиболее частым поражением головного мозга у недоношенных детей являются внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК), доля которых остается высокой и обратно пропорциональной гестационному возрасту.

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические факторы риска возникновения ВЖК у недоношенных детей.

Пациенты и методы. Под наблюдением были 44 недоношенных ребенка, которые находились в ГБУЗ «Луганский перинатальный центр». Клиническую группу (1) сформировали 23 новорожденных, у которых путем нейросонографического обследования диагностированы ВЖК I–II степени. В группу сравнения (2) вошел 21 недоношенный ребенок без признаков ВЖК. Новорожденным проведены комплексные общеклинические и биохимические исследования.

Результаты. При анализе данных анамнеза отмечено, что почти у каждой второй женщины во время беременности имели место анемия на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности и угрозы прерывания беременности. У двух матерей детей из группы 1 и у одной из группы 2 роды осложнились преждевременной отслойкой плаценты. В 13% случаев у матерей детей с ВЖК роды закончились кесаревым сечением. При изучении вероятных критериев риска возникновения ВЖК выявлено, что инфекционно-воспалительные процессы урогенитальной сферы в 2,34 раза чаще встречались у матерей, дети которых вошли в состав группы 1. В 2,14 раза чаще у детей группы 1 регистрировались частота рождения в асфиксии тяжелой степени, что требовало проведения искусственной вентиляции легких, а также наличие дыхательных расстройств у новорожденных.

При диагностике приведенных факторов риска возникновения ВЖК у недоношенных детей было выявлено, что наличие дыхательного дистресса у детей группы 1 наблюдалось в 2,06 раза чаще.

Заключение. Рождение младенцев в асфиксии тяжелой степени и наличие дыхательного дистресса в раннем неонатальном периоде достоверно повышают риск формирования ВЖК, поэтому такие новорожденные должны рассматриваться как группа риска ВЖК среди недоношенных детей, особенно при сохранении тяжести состояния на момент поступления в стационар.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Ершова И.Б., Глушко Ю.В.

*ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки» Минздрава России, Луганск,
Луганская Народная Республика*

Актуальность. Определение в конденсате выдыхаемого воздуха маркеров воспаления, содержания оксида азота, показателей перекисного окисления белков и протеолитической активности является важным для диагностики и оптимизации лечения бронхиальной астмы (БА) у детей.

Цель исследования. Изучить особенности течения БА у детей в зависимости от активности воспалительного процесса бронхов.

Пациенты и методы. Обследовано 179 детей 7–16 лет. Из них 97 больных БА в период обострения на базе пульмонологического отделения ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» ЛНР и 82 здоровых ребенка. В конденсате выдыхаемого воздуха определяли содержание метаболитов оксида азота и общего белка, протеолитическую активность по лизису азоальбумина и азоказеина. Больные БА были разделены на 2 группы в зависимости от выраженности воспаления дыхательных путей. Группы сопоставимы.

Результаты. При БА в конденсате выдыхаемого воздуха обследуемых отмечалось повышение содержания метаболитов оксида азота до $44,9 \pm 1,21$ мкмоль/л в сравнении со здоровыми ($27,3 \pm 1,25$ мкмоль/л); общего белка ($4,4 \pm 0,34$ и $3,3 \pm 0,26$ г/л (в сравнении)) и протеолитической активности по лизису азоальбумина — $1,46 \pm 0,15$ мл/ч и $1,34 \pm 0,12$ мл/ч у здоровых, а также по лизису азоказеина ($1,37 \pm 0,15$ мл/ч при БА) и ($1,17 \pm 0,18$ мл/ч у здоровых) при $p < 0,05$.

Дети были распределены на группы: группа I — с «выраженным» воспалением дыхательных путей (47 детей (48,45%)) и содержанием метаболитов оксида азота более 40 мкмоль/л, протеолитическая активность по лизису азоказеина выше 1,3 мл/ч. Группа II (50 детей (51,55%)) — с «умеренным» воспалением бронхов (показатели меньше). Среди детей группы I чаще встречались лица с тяжелой персистирующей БА (19 (42,43%)), а в группе II — со среднетяжелой БА (23 (46,0%)). В группе I преобладали дети, у которых БА началась до 3 лет (21 (44,68%)), в сравнении с группой II (11 (22,0%)), $p < 0,05$. Тяжесть обструкции не отличалась, однако группа I нуждалась в большем объеме терапии 39 (82,98%) по сравнению с группой II — 16 (32,0%), $p < 0,05$.

Заключение. У детей, больных БА, целесообразно определять активность воспаления бронхов по данным конденсата выдыхаемого воздуха для коррекции терапии.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОРВИ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ

Ершова И.Б., Петренко О.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Минздрава России, Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) — наиболее частая патология детского возраста. Они не имеют тенденции к снижению и ежегодно показывают высокие цифры заболеваемости, составляя в период эпидемического подъема до 80% в общей структуре обращений к врачу. Одним из наиболее частых специфических осложнений ОРВИ является бронхообструктивный синдром.

Цель исследования. Сравнительное изучение иммунного гомеостаза и преморбидного фона у детей, больных ОРВИ, осложненной синдромом бронхиальной обструкции.

Пациенты и методы. Обследовано 200 детей. Первая группа ($n = 108$) — дети, проживающие в городах с повышенным выбросом промышленных отходов в атмосферу; 2-я группа ($n = 96$) — дети, проживающие в сельскохозяйственных районах. По полу и возрасту дети были равнозначны.

Результаты. Клиническая характеристика бронхообструктивного синдрома у детей 1-й группы отличалась рецидивирующим характером (26 человек, 24,07%), преобладанием среднетяжелых и тяжелых форм (78 человек, 72,22%), большей продолжительностью и временем пребывания в стационаре. Во 2-й группе отмечались преимущественно легкие формы бронхообструктивного синдрома (73 человека, 76,04%). При исследовании гуморального иммунитета обнаружена дисиммуноглобулинемия у всех детей 1-й группы, у 69 (63,89%) выявлено сочетанное понижение Т- и В-лимфоцитов. Во 2-й группе у 46 (47,92%) детей имела место дисиммуноглобулинемия за счет снижения одного вида иммуноглобулина, а у 39 (40,63%) оказались пониженными только Т-лимфоциты.

Заключение. У детей, проживающих в промышленных районах, отмечались более тяжелое, рецидивирующее течение бронхообструктивного синдрома, выраженный иммунный дисбаланс в сравнении с детьми, проживающими в сельской местности.

ОСОБЕННОСТИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРЕДЫ ВОСПИТАНИЯ

Ершова И.Б., Роговцова А.Г.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки» Минздрава России, Луганск,
Луганская Народная Республика

Актуальность. В современных условиях наблюдается значительная распространенность астении среди детей. Причины развития астении многообразны. Проявления астении характеризуются слабостью, утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, нарушениями сна.

Цель исследования. Определить особенности астенического синдрома у детей в зависимости от воспитательной среды.

Пациенты и методы. Проведено исследование 407 детей. В зависимости от условий проживания детей были выделены 3 группы: 1-я группа — 116 детей, воспитывающихся в ГБОУ ЛНР «Луганский детский дом»; 2-я группа — 139 детей из неполных семей с дефицитом внимания родителя, проживающих в неблагоприятных социально-бытовых условиях; 3-я группа — 152 ребенка из полных, благополучных семей. Проведена объективная оценка астении с помощью шкалы астенического состояния и субъективной шкалы оценки астении MFI-20.

Результаты. При анализе результатов по опроснику шкалы астенического состояния установлено, что астения присутствовала у 68 (58,62%) институализированных детей. Во 2-й группе детей астения выявлялась у 99 (71,22%) детей ($p = 0,036$). В сравнении с группой контроля результаты детей 1-й группы были выше на 29,3% ($p = 0,006$), а показатели астении детей 2-й группы превышали на 41,8% ($p < 0,001$).

Среднее значение по субшкале «Общая астения» у детей 1-й группы составило $13,07 \pm 2,47$ балла, что превысило в 1,55 раза показатели группы контроля. Результаты детей 2-й группы ($14,12 \pm 2,26$ балла) также были выше в 1,68 раза, что составило достоверную разницу с 3-й группой ($p < 0,05$). Значение по субшкале «Физическая астения» составило $11,28 \pm 2,08$ балла у воспитанников детского дома, тогда как у детей из благополучных семей оно было на 40,33% выше ($p < 0,01$). Значение по шкале «Снижение активности» у детей, проживающих в неполных семьях в неблагоприятных социально-бытовых условиях, было ниже на 9,99% в сравнении с детьми, воспитывающимися в детском доме ($p < 0,05$). Значение по шкале «Снижение мотивации» у институализированных детей составило $10,82 \pm 4,11$ балла (против $8,29 \pm 3,41$ балла в группе контроля; $p < 0,01$).

Заключение. Наиболее высокие показатели астении регистрировались у 71,22% детей из неполных семей с дефицитом внимания родителя, проживающих в неблагоприятных социально-бытовых условиях. У таких детей достоверно значимо чаще преобладали физическая астения, снижение мотивации, психическая астения. Среди воспитанников детского дома чаще выявлялось снижение активности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ КАРТ

Зокиров Н.З.^{1, 2, 3}, Алиева Э.И.^{1, 2}, Краснов А.В.^{3, 4}, Потапова Н.А.⁴

¹ ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России», Москва, Российская Федерация

² ФГБУ «Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Российская Федерация

³ ФГБУ «Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России», Москва, Российская Федерация

⁴ ГБУЗ МО «Долгопрудненская центральная городская больница», Долгопрудный, Российская Федерация

Актуальность. Функциональная абдоминальная боль (ФАБ) относится к функциональным расстройствам органов пищеварения, протекающим с болевым синдромом. Эпидемиологические данные ФАБ изучены недостаточно. Распространенность этого расстройства у детей по данным различных исследований варьирует от 0,3 до 40%.

Цель исследования. Изучить распространенность функциональной абдоминальной боли у детей по данным электронных медицинских карт, наблюдавшихся в детской поликлинике ГБУЗ МО ДЦГБ (г. Долгопрудный) в период с 2020 по 2024 г.

Пациенты и методы. Проведено одномоментное исследование по выявлению функциональной абдоминальной боли. Были проанализированы электронные амбулаторные карты детей, прикрепленных к детской поликлинике ГБУЗ МО ДЦГБ (г. Долгопрудный). С помощью электронного запроса в ЕМИАС выбраны карты детей, которым в период с 2020 по 2024 г. был установлен диагноз с кодом R10 по МКБ-10, соответствующий функциональной абдоминальной боли. Так как данный код МКБ-10 может быть использован для кодирования других заболеваний, были изучены медицинские записи и отобраны карты детей, у которых диагноз установлен в соответствии с Римскими критериями IV.

Результаты. В период с 2020 по 2024 г. было зарегистрировано 389 случаев, когда детям был поставлен диагноз с кодом R10. Был проведен анализ медицинских записей, чтобы определить, соответствуют ли данные случаи критериям функциональной абдоминальной боли, изложенным в Римских критериях IV. По результатам исключили 343 ребенка из общей выборки, поскольку они не соответствовали установленным критериям функциональной абдоминальной боли. В значительном числе случаев код R10 применялся для обозначения острых инфекционных заболеваний, а также в ситуациях, когда у детей возникали подозрения на наличие хирургической патологии. В некоторых случаях данный код использовался при первом обращении к врачу, однако после проведения необходимых обследований диагноз был пересмотрен и изменен на другой. Таким образом, в результате исследования было идентифицировано лишь 45 детей, которые действительно соответствовали критериям функциональной абдоминальной боли согласно Римским критериям IV. Распространенность функциональной абдоминальной боли составила всего 0,3%.

Заключение. Распространенность функциональной абдоминальной боли в нашем исследовании оказалась ниже, чем в большинстве аналогичных работ. Следует подчеркнуть, что не все дети, которые соответствуют критериям функциональной абдоминальной боли по результатам опроса, в дальнейшем сохраняют этот диагноз. После обращения к врачу и проведения обследования диагноз может быть пересмотрен, т.е. R10 не должен использоваться для кодирования законченных случаев.

ВНУТРИКЛЕТОЧНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ТРАНСКРИПЦИИ ПЕПТИДА ГЕПСИДИН-25 В ГЕПАТОЦИТАХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ РЕФРАКТЕРНОЙ АНЕМИИ

Икрамова Н.А., Иноятова Ф.И.

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

Актуальность. Дизрегуляция экспрессии гепсидина-25 при хроническом гепатите В (ХГВ) у детей является фактором, способствующим развитию рефрактерной анемии (РА), в основе которой лежит перегрузка печени железом.

Цель исследования. Оценка маркеров цитозольной JAK-STAT сигнальной системы транскрипции гепсидина-25 у детей, больных ХГВ с рефрактерной анемией, в зависимости от активности заболевания.

Пациенты и методы. Под наблюдение были взяты 90 детей в возрасте 7–18 лет, больных ХГВ с РА, с умеренной (50,8%) и выраженной (49,2%) активностью заболевания. Верификацию HBV проводили методами ИФА и ПЦР. Методом ИФА исследованы: STAT3-antigen (белок сигнальной активации транскрипции) и SOCS3-antigen (супрессоры цитокиновой сигнализации) с использованием наборов фирмы Cloud-Clone Corporation (США). Контрольная группа — 30 практически здоровых детей.

Результаты. Исследование экспрессии транскрипционных и супрессорных факторов системы цитозольного JAK/STAT сигнального пути транскрипции пептида гепсидин-25 у детей, больных ХГВ, по сравнению со здоровыми выявило значительные нарушения: недостаточную регуляцию блокирующих звеньев (SOCS3 $3,03 \pm 0,2$ пг/мл против $7,72 \pm 0,3$ пг/мл, $p < 0,001$). Уровень STAT3 в общей выборке больных детей не выявил изменения, что косвенно может свидетельствовать о нарушениях регуляции его экспрессии как проявление дефектности контроля в условиях хронического стресса. Степень экспрессии изучаемых белков была различна в зависимости от активности заболевания. У детей с умеренной активностью ХГВ отмечались динамика повышения экспрессии STAT3 в 2,0 раза и снижение SOCS3 в 1,7 раза относительно контроля ($p < 0,01$). В случаях выраженной активности изучаемые параметры были достоверно снижены (STAT3 до $0,41 \pm 0,03$ пг/мл, SOCS3 до $2,95 \pm 0,20$ пг/мл, $p < 0,01$), что свидетельствовало о повреждении негативного регуляторного контроля в системе JAK-STAT-сигнализации.

Заключение. С нарастанием активности ХГВ у детей при РА угнетение механизмов негативной регуляции и избыточная активация механизмов транскрипции приводят к перенапряжению работы сигнальной системы и в итоге к декомпенсации внутриклеточных процессов. В результате происходит блокирование транскрипции гепсидина-25, перегрузка железом организма и генерализация патологического процесса в целом.

СПЕЦИФИКА МАРКЕРНОГО ПРОФИЛЯ HBV В ТЕЧЕНИИ HBsAg НЕГАТИВНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Иногамова Г.З., Иноятова Ф.И.

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

Актуальность. Преобладающим фактором в развитии цирроза печени у детей является вирус гепатита В вследствие низкой возможности элиминации HBV, высокой хронизации (до 95%) с развитием ГЦК (до 5%), ранней инвалидизации и детской смертности (45,4–69,6%).

Цель исследования. Изучить специфику маркерного профиля HBV во взаимосвязи с тяжестью клинического течения HBsAg-негативного цирроза печени (HBs(-)ЦП) у детей.

Пациенты и методы. В исследование были включены 84 ребенка с HBs(-)ЦП в возрасте от 7 до 18 лет (76,2% мальчиков и 23,8% девочек). Распределение по Child-Pugh: класс А — 42,8; В — 40,5; С — 16,7%. Диагноз устанавливался на основе клинико-биохимических и инструментальных методов (УЗИ, МРТ, ФЭБ). Верификация HBsAg, HBsAb, HBeAg, HBeAb, HBcorAb IgM, IgG и HBV-DNA методами ИФА и ПЦР RealTime.

Результаты. Исследование выявило 3 клинических варианта HBs(-)ЦП в виде неактивного (33,3%), вялотекущего (42,9%) и активного (23,8%) течения. Для 1-го варианта было характерно выявление только HBsAb, HBcorAb IgM и HBV-DNA. Данную группу составили дети с ЦП класс А (100%), недавними сроками ($2,8 \pm 0,1$ лет), нормальным уровнем АлАТ ($40,2 \pm 6,7$ U/L) и низкой вирусной нагрузкой (10^{1-2} копий/мл). Стадия фиброза F4 составила $17,5 \pm 0,3$ кПа ($p < 0,001$ к другим группам). Для 2-го варианта — положительно выявлялись все маркеры HBV, за исключением HBsAg. При этом вирусная нагрузка HBV-DNA соответствовала 10^{4-5} копий/мл. Данный вариант наблюдался у 77,8% детей с ЦП класс В и 22,2% с ЦП класс А с длительными сроками ($11,9 \pm 0,3$ лет), значениями АлАТ до $89,5 \pm 10,7$ U/L и F4 в $20,8 \pm 0,3$ кПа. Третий (активный) вариант HBs(-)ЦП отличался отсутствием HBsAg и HBeAb на фоне выявления всех маркеров и высокой вирусной нагрузкой HBV-DNA (10^{6-7} копий/мл). Большинство детей (70%) были с ЦП класса С (30% — ЦП класс В) с давностью болезни $8,2 \pm 0,2$ лет, уровнем АлАТ до $124,2 \pm 8,9$ U/L и фиброзом печени F4 в $26,2 \pm 0,3$ кПа.

Заключение. Вирусологическая изменчивость в виде возможных мутаций в регионах preS-S-P генов HBV может предопределять клиническое течение HBs(-)ЦП у детей, что необходимо учитывать в плане прогноза течения заболевания, оценки риска осложнений и выживаемости больных детей.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ИНТЕРФЕРОНОГЕНЕЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ HBV-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Иноятова Ф.И., Абдуллаева Ф.Г., Иногамова Г.З., Валиева Н.К.

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

Актуальность. Отмечается важность выявления причин неадекватного иммунного ответа на стыке генетической способности регуляции механизмов интерфероновой индукции на вирусную репликацию в условиях хронической HBV-инфекции.

Цель исследования. Изучить состояние и динамику показателей интерфероновой системы I типа (IFN- α и IFN- β) у детей, больных хронической HBV-инфекцией.

Пациенты и методы. Обследовано 80 детей 3–18 лет с хронической HBV-инфекцией (63,7% мальчиков и 36,3% девочек). Средняя длительность заболевания — $7,5 \pm 0,8$ лет. Выраженная активность — 33,7% случаев, умеренная — 32,5%, минимальная — 33,8%. Диагноз устанавливали на основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований (УЗИ и ФЭМ на аппарате Toshiba Aplio XG V5 (Япония)). Верификацию HBV проводили методами ИХЛА и ПЦР. Контрольная группа — 30 здоровых детей.

Результаты. Анализ уровня ИФН I типа среди больных показал, что общая концентрация IFN- α и IFN- β в крови была снижена у 85% детей ($8,0 \pm 2,0$ и $6,8 \pm 1,7$ пг/мл при контроле $13,4 \pm 0,03$ и $15,6 \pm 0,2$ пг/мл соответственно, $p < 0,05$). ИФН-статус в зависимости от фазы HBV-активности не выявил статистических различий, но от активности заболевания достоверно показал наиболее низкое снижение IFN- α и IFN- β среди детей с выраженным течением HBV ($3,2 \pm 0,34$ и $2,8 \pm 1,2$ пг/мл, $p < 0,001$ к контролю и детей с минимальной активностью). При умеренной степени уровень IFN- α достигал $6,08 \pm 3,2$ и IFN- β $8,5 \pm 2,4$ пг/мл ($p < 0,005$ к контролю); при минимальной — значения доходили до $12,3 \pm 2,8$ и $11,4 \pm 3,7$ пг/мл, но без достоверного различия ($p > 0,05$), что свидетельствовало о сохранности внутриклеточных транскрипционных путей синтеза ИФН. Изучение уровня ядерного фактора транскрипции NF- κ b у больных в сравнении со здоровыми показало повышение до $6,1 \pm 0,83$ пг/мл (3,7 пг/мл, $p < 0,02$); при выраженной активности фактор достиг $7,8 \pm 1,1$ пг/мл, $p < 0,001$, что свидетельствовало о депрессии ИФН регулирующего сигнального звена и реализации интерферогенеза за счет NF- κ b.

Заключение. В течении хронической HBV-инфекции у детей нарушения в системе интерферогенеза характеризуются угнетением иммунного ответа и зависят от глубины поражения печени, в механизме которого происходит усиление выработки цитозольной формы ядерного фактора NF- κ b и, возможно, посредством интерферон-стимулирующего гена (ISG) со следственным угнетением синтеза интерферонов I типа — IFN- α и IFN- β .

ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Иноятова Ф.И., Кадырходжаева Х.М.

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

Актуальность. Нередко синдром перегрузки железом (СПЖ) является негативным фактором, обуславливающим прогрессирующее течение хронического вирусного гепатита (ХВГ). Частота СПЖ у детей, больных ХВГ, составила 60,7%.

Цель исследования. Изучить диагностическую значимость феррокинетических маркеров в оценке тяжести СПЖ у детей, больных ХВГ.

Пациенты и методы. Обследовано 75 детей, больных ХВГ, в возрасте от 4 до 18 лет с СПЖ: мальчиков — 82,7% и девочек — 17,3%. Методом ИФА определяли феррокинетические маркеры: ферритин (Fr), растворимые рецепторы трансферрина (sTfR), интерлейкин-6 (IL-6), растворимые рецепторы интерлейкина 6 (sIL-6R) с использованием реактивов (Biochemmask, Москва). Вычислялся коэффициент насыщения трансферрина (КНТ) по формуле $sTfR/\log_{10}Fr$. Контроль — 20 детей.

Результаты. Анализ феррокинетических маркеров показал, что различия были получены по градациям КНТ. Среди детей 18,6% имели КНТ $< 0,2$, что свидетельствовало о тяжелой степени СПЖ; 38,6% имели КНТ $< 0,5$ — средняя степень СПЖ; 42,6% имели КНТ $> 0,5$ — легкая степень СПЖ. Определенная тенденция отмечалась в значениях Fr и sTfR. При достоверной разнице с контролем выявлялась динамика повышения Fr до $135,3 \pm 1,92$; $142,3 \pm 2,36$ и $151,0 \pm 1,81$ нг/мл и снижения sTfR до $1,34 \pm 0,06$; $1,20 \pm 0,04$ и $1,09 \pm 0,0$ мкг/мл больным соответственно с КНТ $> 0,5$; $< 0,5$ и $< 0,2$ (при контроле $62,2 \pm 1,21$ нг/мл, $p < 0,001$). По параметру IL-6 у обследованных больных детей был установлен высокий воспалительный индекс ($6,67 \pm 0,35$ нг/мл против $2,5 \pm 1,7$ нг/мл контроля, $p < 0,05$). Анализ sIL-6R выявил повышение в 2,5 раза относительно контроля ($p < 0,05$). Тогда как у больных детей с КНТ $> 0,5$ значения находились на уровне контрольных — $4,28 \pm 0,17$ нг/мл, а у детей из других групп значительно повышались в 2,5 и 3,4 раза соответственно больным с КНТ $< 0,5$ ($6,34 \pm 0,35$ нг/мл) и КНТ $< 0,2$ (до $8,67 \pm 0,44$ нг/мл).

Заключение. Таким образом, для диагностики тяжелых форм СПЖ при ХВГ у детей могут быть использованы уровни феррокинетических маркеров, в частности повышение Fr, IL-6 и sIL-6R и снижение sTfR.

ГРИПП У ДЕТЕЙ: РАЗЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА И ШТАММА ВИРУСА

Казанцева Е.Д., Петрова А.Г.

ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека»,
Иркутск, Российская Федерация

Актуальность. Большую значимость в патогенезе гриппа играет система перекисного окисления липидов и цитокинов. Число исследований, изучающих клинико-метаболические отличия разных типов гриппа в детском возрасте, ограничено.

Цель исследования. Провести анализ клинического течения, цитокинового профиля, показателей перекисного окисления липидов — антиоксидантной защиты (ПОЛ–АОЗ) у детей с гриппом в зависимости от типа и штамма вируса.

Пациенты и методы. Обследовано 158 детей с гриппом, средний возраст $3,88 \pm 3,0$ лет на базе ОГБУЗ ИОИКБ в период 2018–2019 гг. Включено равное число мальчиков и девочек — по 79 человек. Типирование вируса гриппа осуществлялось методом ПЦР из мазков носа и ротоглотки. Уровень IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-8, TNF- α , INF- α , INF- γ , высокочувствительного СРБ определяли методом ИФА, показатели ПОЛ–АОЗ — методом спектрофотометрии. Статистический анализ проведен в программе Statistica 10.0.

Результаты. Этиологическая структура гриппа: грипп типа А несубтипированный 16,5% ($n = 25$), грипп А (H1N1) 8,9% ($n = 14$), грипп А (H3N2) 20,9% ($n = 33$), А (H1N1) sw2009 47,5% ($n = 76$), грипп В 6,2% ($n = 10$). Возраст пациентов с гриппом типа В достоверно выше, чем при гриппе А — 5,5 (4,0–11,0) лет, $p < 0,05$. Длительность ринита была дольше при гриппе А (H1N1) — 5,0 (4,0–6,0) дней по сравнению с гриппом А (H3N2) 3,0 (0,0–5,0) и по сравнению с гриппом В — 1,50 (0,0–4,0), $p = 0,048$ и $p = 0,019$ соответственно. Пациенты с гриппом А (H1N1) sw2009 и В нуждались в более длительной инфузионной терапии — 3,0 (1,0–5,0) и 3,0 (2,0–4,0) дней по сравнению с гриппом А (H3N2), $p < 0,05$. При гриппе типа В зафиксированы достоверно более низкие уровни IL-4 — 0,77 (0,35–1,59) пг/мл, $p < 0,05$, кетодиенов и сопряженных триенов — 0,28 (0,25–0,36) усл. ед., $p < 0,05$, α -токоферола — 3,84 (3,21–4,22) мкмоль/л, $p < 0,05$, супероксиддисмутазы — 1,40 (1,32–1,41) усл. ед., $p < 0,05$ и более высокий уровень IFN- γ — 10,34 (5,54–14,78) пг/мл, $p < 0,05$, ретинола — 1,24 (1,13–1,48) мкмоль/л, $p = 0,035$, чем при всех серотипах вируса типа А.

Заключение. У детей с гриппом разных типов и штаммов выявлены клинические и лабораторные отличия. Так, гриппу типа В подвержены дети более старшего возраста, отмечены менее выраженные клинические симптомы, изменения в системе ПОЛ–АОЗ и цитокиновом статусе, в отличие от гриппа типа А. Данные особенности, вероятно, носят более адаптивный характер и обосновывают разработку персонализированного подхода к ведению пациентов с гриппом в детском возрасте.

ВЛИЯНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ МАКРОНУТРИЕНТОВ С ПИЩЕЙ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Каримджанов И.А., Мадаминова М.Ш., Умаров Д.А.,
Динмухаммадиева Д.Р.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. У пациентов с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА) хорошо известными долгосрочными осложнениями являются нарушение роста и изменение состава тела, включая нарушение развития скелета.

Считается, что причинами дефицита мышечной массы тела являются активность заболевания, прием лекарств (кортикостероидов), снижение физической активности и недостаточное питание. У детей с ревматическими заболеваниями наблюдалась более высокая жировая масса. Важную роль играет питание. Наибольшее внимание уделяется макронутриентам (белкам, углеводам и липидам) и их влиянию на кости. Недостаточное питание в детстве и подростковом возрасте может изменить состав тела с неблагоприятными последствиями в более позднем возрасте (ожирение и остеопороз).

Цель исследования. Цель данного исследования — оценить потребление макронутриентов у детей с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА).

Пациенты и методы. Исследование проводилось в отделении детской кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии с января 2021 по февраль 2022 г. и охватывало пациентов с ЮИА. Были собраны характеристики пациентов. Статус питания оценивался с помощью анкеты по питанию, включающей данные о потреблении пищи в течение 7 дней подряд с использованием 24-часового воспоминания о питании. Потребление пищи определяли количественно с использованием программного обеспечения Bilnut (версия Bilnut 1991 г.). Потребление макронутриентов с пищей выражали в виде процентного вклада в общую энергию.

Результаты. В исследование были включены 47 пациентов, средний возраст составил $10,4 \pm 4,35$ лет; 54,5% — мальчики. Медиана длительности заболевания — 2 (1–4,5) года. Дети с нормальным ИМТ составили 44,6%, в то время как белково-энергетическая недостаточность стояла на 2-м месте (31,9%), следующее место занимал избыток массы тела (23,4%). Полиартикулярный и олигоартикулярный варианты артрита встречались в 61,8 и 38,2% случаев соответственно. Средние значения состава диеты показали, что углеводы обеспечивают 53% энергии, липиды — 32,5%, а белки — 16,1%. Первое место занимало потребление углеводов с небольшой разницей (больше у мальчиков); потребление липидов оказалось на 2-м месте (с преобладанием у девочек); на последнем месте потребление белка, одинаковое у обоих полов.

Заключение. Избыточная масса тела и ожирение являются растущей проблемой общественного здравоохранения, затрагивающей многие страны. Количество потребляемого жира считается причинным или способствующим фактором отложения жира в организме.

Результаты исследования подтверждают актуальность разработки специальных диет для рационального питания, в том числе для детей с ЮИА.

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ПОЛИКЛИНИКЕ. ОПЫТ РАБОТЫ ГАУЗ ТО «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5» Г. ТЮМЕНИ

Каримуллин Г.А., Панасюк М.К., Старостина О.В.

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

Актуальность. В июне 2024 г. в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» открылось отделение неотложной медицинской помощи детскому населению, проживающему в г. Тюмени и Тюменском районе. Отделение организовано с целью оптимизации и улучшения доступности неотложной медицинской помощи детскому населению.

Цель исследования. Оценить опыт организации работы в отделении неотложной медицинской помощи детскому населению, проживающему в г. Тюмени и Тюменском районе.

Пациенты и методы. Проведен анализ эффективности работы отделения за 6 мес 2024 г.

Результаты. Работа отделения организована с 07:00 до 24:00 ежедневно. Оказание медицинской помощи осуществляется в течение 2 ч с момента поступления пациента. При обращении в отделение пациентов встречает медицинская сестра, которая проводит медицинскую сортировку, далее регистратор заполняет медицинскую документацию и направляет пациента на прием к врачу-педиатру. Организован кабинет динамического наблюдения, использующийся для проведения медицинских манипуляций и оценки динамики состояния пациентов. По назначению врача может быть проведено рентгенологическое, лабораторное обследование. При необходимости в отделение приглашаются для осмотра врачи-специалисты: детские хирурги, врачи ультразвуковой диагностики и др. Ежедневно в отделении оказывается помощь в среднем 75 детям, из них до 10% — это пациенты из других медицинских организаций г. Тюмени и Тюменской области.

Заключение. При организации работы отделения неотложной медицинской помощи детскому населению необходимо учитывать возможности поликлиники и потребности населения. На современном этапе можно оказывать доступную и качественную неотложную медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях.

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Козловский А.А.

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

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной педиатрии являются врожденные пороки развития (ВПР), неуклонный рост которых может быть связан с ухудшением экологической обстановки, высокой распространенностью вредных привычек и инфекционных заболеваний. По данным ВОЗ, в мире ежегодно рождается свыше 3 млн детей с ВПР.

Цель исследования. Проанализировать динамику распространенности и структуры врожденных пороков развития у детей Гомельской области.

Пациенты и методы. По данным статистической отчетности проведен ретроспективный сравнительный анализ случаев ВПР у детей Гомельской области (Беларусь) с 2014 по 2023 г. Для оценки общей частоты врожденных аномалий развития были зарегистрированы все их формы, выявленные у детей от рождения до 17 лет. Статистическая обработка осуществлялась с использованием компьютерных программ Microsoft Excel 2013 и Statistica 10.0. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В Гомельской области за последние 10 лет наблюдался рост ВПР у детей: в 2014 г. распространенность пороков составляла 55,75%, в 2023 г. — 61,17% ($p < 0,001$). Наиболее часто встречались врожденные аномалии системы кровообращения, костно-мышечной системы, мочеполовой системы, центральной нервной системы.

Зафиксирован статистически значимый рост врожденных аномалий развития органов пищеварения (0,48‰ в 2014 г. и 0,79‰ в 2023 г.; $p < 0,001$), половых органов (1,2 и 1,59‰ соответственно; $p < 0,02$), мочевой системы (4,44 и 5,74‰ соответственно; $p < 0,001$). Отмечено снижение частоты врожденных аномалий и деформаций костно-мышечной системы (2014 г. — 8,41‰, 2023 г. — 6,77‰; $p < 0,001$).

Несмотря на совершенствование методов лабораторной и инструментальной диагностики, отмечается позднее выявление ВПР. В 2023 г. врожденные аномалии развития диагностированы у 1114 детей (7,0%) в возрасте от 5 до 17 лет. Наиболее поздно определялись врожденные аномалии системы кровообращения, аномалии и деформации костно-мышечной системы, мочевой системы и половых органов.

Заключение. Анализ статистических данных по ВПР у детей в Гомельской области позволил определить динамику распространенности и структуры врожденных аномалий развития. Наибольший удельный вес в структуре пороков имеют врожденные аномалии системы кровообращения, аномалии и деформации костно-мышечной системы и пороки мочевой системы. Выявлена несвоевременная диагностика часто встречаемых ВПР. Все это диктует необходимость изучения причинно-следственных связей формирования ВПР в конкретных условиях окружающей среды и более тщательной пренатальной и неонатальной диагностики врожденных аномалий.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ВИТАМИНОМ D

Козловский А.А., Лапицкая Е.В.

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

Актуальность. Ювенильный идиопатический артрит является одним из наиболее распространенных ревматических заболеваний у детей. В Республике Беларусь, по данным годовых отчетов, частота заболевания составляет 31,4–35,9 случаев на 100 тыс. детского населения.

Цель исследования. Оценить уровень витамина D у пациентов Гомельской области с ювенильным идиопатическим артритом по сравнению со здоровыми детьми.

Пациенты и методы. Проведено обследование 570 детей. Основную (I) группу составили 35 детей с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА), контрольную (II) группу — 535 детей без хронической патологии. Для оценки обеспеченности витамином D детей методом конкурентного хемилюминисцентного иммуноанализа (CLIA) определяли уровень 25(ОН)D — основного метаболита витамина D. Статистическую обработку осуществляли с использованием компьютерных программ Microsoft Excel 2013 и Statistica 10.0. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст детей I группы составил $11,74 \pm 0,42$ лет, II группы — $12,25 \pm 0,90$ лет ($p > 0,05$). У пациентов с ЮИА среднее содержание метаболита витамина D в сыворотке крови составило $20,52 \pm 1,06$ нг/мл, что достоверно ниже, чем у детей контрольной группы — $31,73 \pm 1,39$ нг/мл ($p < 0,001$). Оптимальное содержание 25(ОН)D в сыворотке крови достоверно реже отмечалось у детей основной группы по сравнению с контрольной (22,9 и 51,2% соответственно; $p = 0,039$), а тяжелый дефицит витамина D — чаще у детей с ювенильным идиопатическим артритом (20,0% — основная группа и 1,7% — контрольная группа; $p < 0,001$). Дефицит 25(ОН)D диагностировался у 45,7% детей в I группе и у 17,9% — во II группе ($p = 0,003$); недостаточность витамина D выявлена у 11,4% детей основной группы и у 29,2% в контрольной группе ($p = 0,071$).

Заключение. У детей с ЮИА выявлена высокая частота дефицита (45,7%) витамина D, в том числе — тяжелого (20,0%). Пациенты с хронической патологией, включая больных с ЮИА, требуют своевременного выявления гиповитаминоза D и назначения препаратов витамина D в лечебных или профилактических дозах.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Кондратенко О.А., Козыро И.А.

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

Актуальность. Эндотелиальная дисфункция является одним из механизмов, лежащих в основе развития и поддержания хронических нефропатий. Исследование концентрации эндотелина-1, интерлейкина-6 и ICAM-1 в сыворотке крови и моче позволит расширить диагностические возможности в выявлении хронических заболеваний почек у детей.

Цель исследования. Определить содержание эндотелина-1, интерлейкина-6 и ICAM-1 в сыворотке крови и моче пациентов детского возраста с хроническими заболеваниями почек и оценить возможность использования маркеров эндотелиальной дисфункции в их диагностике.

Пациенты и методы. В исследование были включены 132 пациента с хроническими заболеваниями почек: с первичными иммуноопосредованными гломерулопатиями (ГП) ($n = 32$), с вторичными иммуноопосредованными ГП ($n = 36$), с неиммуноопосредованными ГП ($n = 30$), а также с негломерулярными хроническими заболеваниями почек ($n = 34$) и 30 пациентов группы сравнения. Определение исследуемых молекул проводилось методом ИФА наборами от нескольких производителей.

Результаты. Концентрация эндотелина-1 в сыворотке крови и моче значимо различалась во всех исследуемых группах ($N = 165, p < 0,001$ и $N = 164, p = 0,001$ соответственно). Уровень интерлейкина-6 в сыворотке крови и моче также продемонстрировал статистическую значимость различий между всеми исследуемыми группами ($N = 162, p < 0,001$ и $N = 156, p < 0,001$ соответственно). Концентрация ICAM-1 в сыворотке крови достоверно не различалась между группами ($N = 145, p = 0,43$) по сравнению с ICAM-1 мочи ($N = 148, p < 0,001$). Выявлена взаимосвязь между уровнем молекул эндотелиальной дисфункции в исследуемых биологических средах и маркерами активности патологического процесса и почечной функции.

Заключение. Определение уровня эндотелина-1 и интерлейкина-6 в сыворотке крови и моче, а также ICAM-1 в моче можно рассматривать как перспективный малоинвазивный метод диагностики хронических заболеваний почек у детей. Исследование концентрации эндотелина-1 для дифференциальной диагностики гломерулярных и негломерулярных заболеваний почек, а также гломерулопатий, представляется актуальным.

БЕЗОПАСНЫЙ СОН РЕБЕНКА — ВЕДУЩИЙ МОДИФИЦИРУЕМЫЙ ФАКТОР РИСКА СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ МЛАДЕНЦЕВ: ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ

**Кулакова Г.А., Соловьева Н.А., Курмаева Е.А., Загидуллина А.А.,
Мухаметдинова Г.И.**

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

Актуальность. Синдром внезапной младенческой смерти (СВМС) входит в тройку основных причин смерти детей первого года жизни. Снижение частоты СВМС может быть достигнуто при контроле такого модифицируемого фактора риска, как организация безопасности сна ребенка.

Цель исследования. Провести анализ организации родителями сна детей первых месяцев жизни.

Пациенты и методы. На базе ГАУЗ «ДГП № 9» (г. Казань) и детской поликлиники ГАУЗ «Джалильская ЦРБ», а также в Google Forms проведено анонимное анкетирование родителей по разработанной анкете, содержащей вопросы по организации безопасного сна младенцев. Использовались методы интерпретационной статистики и программы Microsoft Excel.

Результаты. Проведен анализ организации сна детей первых месяцев жизни по результатам анкетирования 157 родителей в возрасте от 18 до 55 лет. Респонденты в 24% случаев считают оптимальной температуру в комнате выше рекомендуемой, а 11% из них допускают расположение кровати у окна, 7% — рядом с источником тепла. Совместный сон ребенка в постели с мамой считают возможным 11% опрошенных. Большинство мам не знает, как подготовить кровать для сна ребенка. По мнению 52% респондентов, в кровати должен быть мягкий матрас, 65% опрошенных допускают мягкие бортики, а 34% — наличие балдахина. Считают допустимым наличие в кровати мягких игрушек 35% респондентов и силиконовых игрушек — 26%. Кроме того, часть опрошенных не исключают, что для сна ребенка подходит автокресло (30%), детская коляска (51%), переносное устройство (18%), диван (15%), качели (23%), шезлонг (3%). Правильно организованный сон необходим для ребенка, по мнению 98% женщин. Две трети мам считают, что предпочтителен сон на спине. Разрешают сон на животе каждому третьему ребенку, а в положении на боку — больше чем в половине случаев.

Заключение. Выявленные нарушения в организации сна младенца свидетельствуют об отсутствии знаний у многих родителей о значении обеспечения безопасного сна для предотвращения СВМС. Безопасный сон — один из важных модифицируемых факторов риска развития СВМС, которым легко управлять, обучив родителей правильной организации сна в период дородовых патронажей и первичного патронажа новорожденного.

ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ НА РАЗВИТИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Куршина М.В.

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

Актуальность. Послеродовая депрессия (ПД) является наиболее распространенным и серьезным заболеванием, поражающим от 10 до 20% матерей в течение первого года после родов. Она негативно влияет на самочувствие и эмоциональное состояние молодой матери, а также на благополучие ребенка — его эмоциональное и когнитивное здоровье, повышая риск развития депрессивных, суицидальных состояний в будущем.

Цель исследования. Оценка взаимосвязи между симптомами ПД у матерей, функциональными желудочно-кишечными расстройствами у новорожденных детей и различными психосоциальными переменными.

Пациенты и методы. Эмоциональное состояние матери оценивалось через 1 мес после выписки из роддома с помощью опросника «CES-D» (Шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований). Выполнен анализ амбулаторных карт (данные о психофизическом развитии ребенка, анамнеза матери и ребенка) на базе ГБУЗ СО «Самарская городская поликлиника № 3». В исследовании приняли участие 42 пары «мать–ребенок». Респонденты были распределены по группам: 1-я — матери, которые имели признаки, указывающие на ПД (по шкале опросника — более 18 баллов, $n = 25$), 2-я — матери, которые не имели признаки ПД (по шкале опросника — менее 18 баллов, $n = 17$).

Результаты. В ходе исследования выявлена положительная связь между симптомами послеродовой депрессии у матерей и функциональными желудочно-кишечными расстройствами (срыгивания, младенческая дисхезия) у новорожденных ($r = 0,87$). Обнаружена положительная связь между симптомами послеродовой депрессии и наличием колик в возрасте одного месяца жизни у детей ($r = 0,98$), при этом балл по шкале был значительно выше у матерей, чьи младенцы страдали младенческими коликами ($25,2 \pm 6,0$), чем у матерей младенцев без колик ($10,3 \pm 4,0$). На основании анализа акушерского анамнеза у матерей 1-й группы беременность чаще протекала с осложнениями и разрешалась оперативным путем ($p < 0,05$), их дети чаще были первыми в семье — 70% ($p < 0,05$).

Заключение. Эмоциональное состояние матери может способствовать возникновению функциональных кишечных расстройств у детей. Своевременная диагностика симптомов послеродовой депрессии у женщин в период беременности и после родов позволит специалистам оказывать необходимую комплексную медико-психологическую помощь и сформировать здоровье в диаде «мать–ребенок».

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Лейкина В.В.

*ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки» Минздрава России, Луганск,
Луганская Народная Республика*

Актуальность. В последние десятилетия у детей дошкольного возраста определяется тенденция к затяжному и осложненному течению рецидивов острых бронхитов (Самсыгина Г.А., 2015), что связывают с дефектами в системе иммунитета у этих детей (Нестеренко З.В., 2017).

Цель исследования. Изучить особенности иммунного статуса у детей дошкольного возраста с рецидивирующим бронхитом (РБ) в межрецидивный период.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 34 ребенка с РБ в возрасте от 3 до 6 лет. Проведено общеклиническое и иммунологическое обследование детей. Объем иммунологических исследований: определение в сыворотке крови количества CD3+, CD4+, CD8+, CD22+ лимфоцитов, уровней IgA, IgM, IgG и ЦИК, изучение показателей фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов (НГр) и спонтанного НСТ-теста. Обследование детей с РБ проводили в межрецидивный период.

Результаты. В межрецидивный период у детей с РБ выявили низкий ($p < 0,001$) уровень CD3+ лимфоцитов, у 70% детей — дефицит CD4+ лимфоцитов II степени, что свидетельствует о сниженной иммунологической реактивности у детей с РБ. Гуморальные факторы иммунитета характеризовались достоверным ($p < 0,01$) снижением CD22+ лимфоцитов и уровней IgM, IgA, IgG. Низкие уровни сывороточных иммуноглобулинов на фоне дефицита CD4+ лимфоцитов могут быть причиной формирования неполноценного противoinфекционного иммунитета у этих детей после очередного эпизода инфекции и способствовать новым рецидивам острого бронхита. У детей с РБ выявлены высокие ($p < 0,001$) уровни ЦИК, снижение поглотительной способности НГр при одновременно высоком уровне фагоцитирующих НГр и достоверно ($p < 0,001$) высокие значения уровней спонтанного НСТ-теста. Повышенные уровни ЦИК и высокую метаболическую активность НГр можно считать следствием возможной избыточной вирусной нагрузки и/или дисбаланса микробиоты в организме детей с РБ, что также предрасполагает к новым эпизодам рецидивов респираторных инфекций.

Заключение. Комплексное иммунологическое обследование позволило уточнить особенности иммунного статуса у детей дошкольного возраста с РБ. Результаты исследования иммунного статуса детей дошкольного возраста с РБ диктуют необходимость регулярного контроля состояния, оптимизации реабилитационных мероприятий, своевременного выявления значимой сенсibilизации и аллергических болезней у таких пациентов.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Литвинов Г.А., Яровая О.А., Литвинова О.Н.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Минздрава России, Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность. Значительная распространенность запоров у детей, хроническое течение патологии обуславливают актуальность данной проблемы.

Цель исследования. Анализ результатов консервативного и оперативного лечения хронических запоров у детей.

Пациенты и методы. Проанализированы данные 357 пациентов с хроническими запорами за период с 2019 по 2023 г. Из них 350 (98,04%) с установленными диагнозами мегадолихоколон, долихосигма, болезнь Пайра получали консервативное лечение; 7 (1,96%) детей с болезнью Гиршпрунга — оперированы.

Все пациенты получали консервативную терапию в течение 6 мес: диета № 3, комплекс лечебной физкультуры и массажа, индивидуальная медикаментозная терапия и физиотерапевтические методы, включая электростимуляцию кишечника, электростимуляцию мышц промежности, электрофорез с прозергином на пояснично-крестцовую область.

Результаты. Консервативная терапия позволила получить стойкий положительный эффект у 335 (93,84%) детей, остальные 15 (4,2%) поступали в клинику для повторных курсов консервативной терапии. Наилучший эффект от проведенного лечения отмечался у пациентов в возрасте от 3 до 6 лет.

Эффективность консервативной терапии была подтверждена и у детей, перенесших оперативное лечение.

Заключение. Индивидуально подобранный комплекс консервативных вмешательств позволяет достичь положительных результатов у детей с хроническими запорами, в том числе у пациентов, перенесших оперативное лечение.



БОЛЕЗНЬ КАВАСАКИ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ: КОГОРТНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 19 СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ПО ДАННЫМ ГАУЗ «ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1» Г. КАЗАНИ)

Лутфуллин И.Я.¹, Сафина А.И.¹, Садыков М.М.¹, Аскарлова М.О.¹,
Филатов В.С.¹, Шарипова О.В.¹, Макарова К.А.¹, Юмашева С.Ю.¹,
Кузьмина Е.А.¹, Даминова М.А.¹, Удачина Э.И.¹, Костик М.М.²

¹ Казанская государственная медицинская академия — филиал ФГБОУ ДПО
«Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования» Минздрава России, Казань, Республика Татарстан

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург,
Российская Федерация

Актуальность. Болезнь Kawasaki — первая по частоте причина приобретенных заболеваний сердца у детей. Диагностика болезни Kawasaki основана на клинических проявлениях заболевания, однако ряд особенностей заболевания и низкая информированность врачей могут затруднять диагностику. Имеющиеся данные позволяют сделать предположения о гиподиагностике заболевания в Российской Федерации.

Цель исследования. Изучить сроки диагностики, сроки введения внутривенного иммуноглобулина, клиническое течение (включая формирование аневризмы коронарных сосудов) у детей с болезнью Kawasaki в реальной клинической практике детского стационара второго уровня на примере Городской детской больницы № 1 г. Казани.

Пациенты и методы. Проведено эмпирическое описание серии случаев пациентов на группе из 19 детей, госпитализированных в Городскую детскую больницу № 1 г. Казани с диагнозом полной формы болезни Kawasaki.

Результаты. Установлены в среднем поздние сроки выставления диагноза ($14,4 \pm 7,3$ дня) и введения внутривенного иммуноглобулина в дозе 2 г/кг веса ($16,1 \pm 7,9$ дня, мода показателя — 13-й день), а также большой процент обнаружения коронарных аномалий в изучаемой группе (68%, $n = 13$) и резидуальных коронарных аномалий при выписке (32%, $n = 6$). Направительный диагноз был верен лишь в 21% случаев, чаще всего на этапе до госпитализации выставлялся диагноз «инфекционное заболевание» и в 79% случаев назначались противомикробные препараты. На догоспитальном этапе у пациентов были сыпной синдром (84%), изменение слизистых рта (74%) и конъюнктивит (63%). Лабораторные отклонения у всех пациентов до госпитализации имели типичный для болезни Kawasaki характер: ускорение скорости оседания эритроцитов ($41,4 \pm 14,3$ мм/ч), повышение С-реактивного белка ($98,2 \pm 47,6$ мг/л), лейкоцитоз ($23,0 \pm 8,4 \times 10^9$ /л), снижение гемоглобина ($100,0 \pm 8,9$ г/л) и тромбоцитоз ($630,6 \pm 215,5 \times 10^9$ /л).

Заключение. С учетом того, что в исследование вошли только дети с полной формой болезни Kawasaki, наиболее вероятной причиной позднего диагноза являются низкий уровень информированности о критериях заболевания у врачей ревматологического профиля. Требуется проведение образовательных мероприятий среди педиатров, инфекционистов, врачей общей практики для повышения осведомленности и настороженности для ранней диагностики болезни Kawasaki.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ПОДРОСТКОВ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЕЖЕГОДНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Малых А.Л.^{1, 2}, Малых Д.А.¹, Федосеева Л.В.¹, Ковеленова Д.А.^{1, 2}

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск,
Российская Федерация

² ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»,
Ульяновск, Российская Федерация

Актуальность. В Ульяновской области число пациентов, поставленных на диспансерный учет у детского кардиолога, выросло почти в 9 раз за последние 5 лет. Отмечается увеличение частоты жизнеугрожающих аритмий. К этому классу нарушений ритма сердца ряд авторов стали относить синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ), который рассматривают как предиктор вазоспастической стенокардии (ВСС).

Цель исследования. Провести анализ состояния ЭКГ и ЭхоКГ у подростков, прошедших профосмотр.

Пациенты и методы. Исследование прошли 250 подростков от 12 до 18 лет г. Ульяновска. Всем пациентам была проведена ЭКГ на 6-канальном электрокардиографе. В рамках 2-го этапа углубленной диспансеризации у 43 (17,2%) пациентов с аритмиями и сочетанными нарушениями ритма были проведены эхокардиография, у 28 (11,2%) — суточное мониторирование ЭКГ и у 68 (27,2%) — расширенное биохимическое исследование крови. Для статистической обработки результатов использовали программу Statistica Inc (США), 9-я версия, критерии достоверности Стьюдента и Спирмена.

Результаты. Средний возраст несовершеннолетних составил $15,5 \pm 2,8$ года. Вторую группу здоровья имели 168 (67,2%) подростков. Нарушения ритма сердца, по данным объективного осмотра, были выявлены только у 14 (5,6%) детей. Субъективные жалобы на ухудшение самочувствия, головокружения, слабость, боли в сердце предъявляли 19 (7,6%) подростков, в том числе с аритмиями. Наиболее частые нарушения ритма сердца проявлялись в виде СРРЖ у 58 (29%) юношей и у 28 (25,4%) девушек ($p < 0,005$). Феномен Паркинсона – Паркера – Уайта (WPW) был выявлен у 7 (5,5%) девочек, у юношей он не диагностировался ($p = 0,001$). При этом феномен WPW протекал без клинической симптоматики у всех девушек при их хорошей физической подготовке, позволявшей им заниматься в спортивных секциях или бальными танцами. Не было установлено корреляционной зависимости степени нарушения ритма сердца от морфофункциональных изменений в нем ($p = 0,783$). Желудочковые экстрасистолы были обнаружены у 12 (10,8%) девушек и у 6 (9,2%) юношей ($p > 0,005$).

Заключение. Проведенное исследование показало высокую выявляемость различных типов аритмий. У 26 (19,8%) обследованных были выявлены аритмии. Эти пациенты требуют регулярного наблюдения и обследования у педиатра и детского кардиолога.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРИРОДА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У ПОДРОСТКОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Мамедова З.У., Мамедова С.Н.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика

Актуальность. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) — это тяжелое, прогрессирующее хроническое заболевание детей и подростков, причины которого остаются неизвестными. ЮИА характеризуется деструктивными изменениями в суставах, болевым синдромом, прогрессирующим ограничением движений и нередко сопровождается хронической болью (ХБ). В педиатрической практике хроническим болевым синдромом называют продолжительную боль, которая длится более 3 мес, или повторяющиеся боли, которые возникают не менее 3 раз за 3 мес.

Цель исследования. Определить степени выраженности болевых ощущений у пациентов с ЮИА в зависимости от активности заболевания и наличия или отсутствия хронического болевого синдрома (ХБС).

Пациенты и методы. В исследование были включены 14 подростков с верифицированным диагнозом ЮИА, проходившие обследование и лечение в Учебно-терапевтической клинике АМУ в кардиоревматологическом отделении. Из них мальчиков — 6, девочек — 8; медиана возраста пациентов 13,4 года. В ходе стандартного обследования пациентов была определена степень активности заболевания согласно критериям, разработанным для детей Американским колледжем ревматологов.

Интенсивность боли оценивалась пациентами по специальной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), где ноль соответствовал отсутствию боли, а 10 — максимальной боли.

Результаты. Из 14 пациентов у 6 не было симптомов активного артрита (пациенты с установленным диагнозом). У 9 больных был установлен полиартикулярный (64,3%), у 4 — олигоартикулярный (28,6%) и у 1 — системный (7,1%) вариант ЮИА. Длительность заболевания составила 2–5 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я — пациенты с хроническим болевым синдромом, но без признаков активности артрита, 2-я — пациенты с признаками активности артрита, но без ХБС. Больные чаще жаловались на боль в крупных суставах. Наряду с этим нередко отмечались боли в области спины, а некоторые дети предъявляли жалобы на боли в области шеи. При объективном осмотре изменения суставов были отмечены у 8 пациентов. У всех участников исследования объективные показатели воспалительного процесса, такие как СОЭ и С-реактивный белок, находились в пределах референтных значений или были несколько повышены. На рентгенограмме у 6 больных отмечался умеренно выраженный эпифизарный остеопороз (I рентгенологическая стадия), у 8 — II рентгенологическая стадия. Наибольшая оценка тяжести своего состояния была зафиксирована у пациентов с болевым синдромом и активным артритом. На втором месте по тяжести состояния оказались пациенты с ХБС, но без клинических признаков артрита. Различий в интенсивности боли между пациентами с симптомами артрита и без них по данным визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) выявлено не было.

Заключение. Анализ данных, полученных в ходе исследования, свидетельствует о психосоматической природе артралгий при ЮИА, однако нельзя делать однозначный вывод о связи между ХБС и активностью артрита. Чтобы лучше понять природу хронической боли и разработать дополнительные методы ее лечения при ЮИА, требуется дальнейшее изучение возможных причин развития ХБС.

РЕВМАТИЧЕСКИЕ МАСКИ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мамедова С.Н.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика

Актуальность. Паразитарные инфекции могут протекать без специфических симптомов под маской ревматических заболеваний. Это может привести к ошибочной диагностике системных заболеваний соединительной ткани и, как следствие, к неоправданному назначению иммуносупрессивных препаратов.

Цель исследования. Анализ случаев диагностики паразитарных заболеваний, в дебюте клинической картины которых имели место ревматические проявления.

Пациенты и методы. Описание клинических случаев двух пациентов с уточненным диагнозом паразитарных заболеваний.

Результаты. У больного в возрасте 9 лет клинические признаки были в виде умеренного увеличения лимфоузлов, артрита коленных суставов, миалгии, легкой гиперемии на щеках и переносице (как проявление симптома «бабочки»), кардита, лейкопении, тромбоцитопении, что напоминало клинику системной красной волчанки. После всестороннего обследования было установлено сочетание паразитарной инфекции (аскаридоз и власоглавки) и лейшманиоза. Второй клинический случай: пациент 10 лет с жалобами на снижение аппетита, потерю веса, рецидивирующую кожную сыпь в сочетании с высокой температурой, наблюдались увеличение периферических лимфатических узлов, умеренная гепатоспленомегалия. Врачами по месту постоянного проживания больному был поставлен предварительный диагноз «системное заболевание соединительной ткани». После обследования выявлен токсокароз. До поступления в стационар 1-му пациенту была проведена биопсия мышц, 2-му — для исключения злокачественных заболеваний крови была сделана стерильная пункция. Диагноз паразитарной инфекции у этих больных был подтвержден серологическими, копрологическими методами, наличием в крови эозинофилии, отсутствием иммунологических маркеров ревматологического заболевания, а также резистентностью к иммуносупрессивной терапии. Диагноз паразитарного заболевания был поставлен у 1-го пациента через 3 мес, у 2-го — через 4 мес от проявлений первых симптомов. До установления правильного диагноза больные получали курсы нестероидных противовоспалительных препаратов, антигистаминные препараты, глюкокортикоиды.

Заключение. Таким образом, наличие клинических симптомов ревматических заболеваний требует дополнительных иммунологических и инструментальных обследований для установки диагноза, а также исключения другой патологии, такой как паразитарные заболевания. Для исключения паразитарного заболевания необходимо неоднократное обследование кала специальными методами, серологические исследования, консультация специалиста.

DDD-АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В НЕОНАТАЛЬНОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Матвеев А.В., Вознюк И.Н.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Установленная суточная доза (DDD) — стандартизированный показатель для оценки уровня потребления лекарственных средств по основному показанию у взрослых. Однако данная методика имеет ограничения в неонатологии. В настоящее время в педиатрической практике оптимальным методом является подсчет дней (Days of Therapy — DOT) и продолжительности (Length of Therapy — LOT) антимикробной терапии. В этом исследовании предлагается альтернативный вариант расчета неонатальной установленной суточной дозы (DDDn) для антибактериальных препаратов.

Цель исследования. Апробация методологии измерения среднесуточного потребления антибактериальных препаратов в неонатальной популяции (DDDn).

Пациенты и методы. Работа выполнена на базе структурного подразделения «Перинатальный центр» ГБУЗ РК «РКБ имени Н.А. Семашко» г. Симферополя. Проведен ретроспективный анализ данных из медицинских карт пациентов (626 новорожденных), получающих медицинскую помощь в стационарных условиях в 2023 г.: в отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделении патологии новорожденных и недоношенных детей. Неонатальная установленная суточная доза рассчитана путем умножения общего среднего веса группы на рекомендованную к применению дозу каждого противомикробного препарата. В качестве изучаемых переменных были взяты масса тела и гестационный возраст.

Результаты. Проанализировано 626 медицинских карт пациентов за период 2023 г. Средний гестационный возраст составил $34,27 \pm 3,8$ нед, а средняя масса тела по группе равна $2,140 \pm 0,866$ кг. Определена неонатальная среднесуточная доза для отдельных антибактериальных препаратов (г/сут; в/в): ампициллин (0,21–0,42), ампициллин/сульбактам (0,16–0,96), гентамицин (0,005–0,016), амикацин (0,016–0,04), цефоперазон/сульбактам (0,17), цефтазидим (0,12), цефепим (0,2), цефуроксим (0,2), ванкомицин (0,03–0,08), линезолид (0,06), меропенем (0,06–0,25), имипенем/циластатин (0,12), эртапенем (0,06), фосфомицин (0,4), полимиксин (0,05), левофлоксацин (0,02), ципрофлоксацин (0,02), метронидазол (0,03), сульфаметоксазол/триметоприм (0,85). Для сравнения значений DDDn, полученных в этом исследовании, в качестве основы были использованы зарубежные работы.

Заключение. Апробирован альтернативный вариант расчета nDDD для оценки потребления антибактериальных препаратов в неонатологии, а также выявлены различия в назначаемых и поддерживающих дозах с аналогичными зарубежными работами. Использованный метод приемлем для оценки и мониторинга потребления антибактериальных препаратов в отделениях как одной медицинской организации, так и между различными перинатальными центрами и детскими больницами.



ГЕМОЗОИН *OPISTHORCHIS FELINEUS* — ИММУНОМОДУЛЯТОР ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Мелентьева А.П., Юдина Е.О., Федорова О.С.

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

Актуальность. Экскреторно-секреторный продукт *Opisthorchis felineus* ранее не был изучен в контексте «Th2-иммунокоррекции» при atopических болезнях. В исследовании впервые поставлена задача исследования гемозоина как потенциально значимого участника иммунного ответа при бронхиальной астме. В зарубежных источниках последних лет изучены иммуномодулирующие свойства экскреторно-секреторных продуктов различных гельминтов. Так, показано, что гемозоин *Plasmodium falciparum* активирует NLRP3-инфламмасому, опосредуя продукцию IL-1b, IL-10, IFN- γ , IL-6, IL-17 (Deshpande P. et al., 2004; Shio M.T. et al., 2009; Ramachandran R.A., 2018; Xia X., 2019). Химические свойства и инфракрасные спектры кристаллов, выделенных из *O. felineus* и б-гематина идентичны для гемозоина из *P. falciparum* (Maria Lvova et al., 2019). Вместе с тем иммуногенность гемозоина *O. felineus* является малоизученной.

Цель исследования. Установить роль *O. felineus* в реализации воспаления при бронхиальной астме у детей путем изучения иммуномодулирующих свойств его продукта — гемозоина.

Пациенты и методы. Исследование проведено в Центральной научно-исследовательской лаборатории СибГМУ (г. Томск) с использованием очищенного гемозоина *O. felineus*. Методом магнитного сортирования из периферической крови четырех групп пациентов в возрасте от 12 до 17 лет ($n = 40$, средний возраст $14,43 \pm 1,82$), проживающих в г. Томске ($n = 27$; 67,5%) и в районах Томской области ($n = 13$; 32,5%) с высокой распространенностью описторхоза, выделены дендритные и Т-клетки. Методом иммуноферментного анализа (ELISA) оценена продукция провоспалительного цитокина (IL-1b) Т-клетками при сокультивировании дендритных клеток с антигеном *Dermatophagoides pteronyssinus* и антигеном *D. pteronyssinus* в сочетании с гемозоином. При сравнении уровня цитокина в связанных выборках (между разными типами стимуляции) использовался критерий Фридмана.

Результаты. При сокультивировании дендритных клеток больных бронхиальной астмой с антигеном *D. pteronyssinus* в сочетании с гемозоином уровень IL-1b оказался статистически значимо выше, чем без культуры клеток стимуляции ($p < 0,05$).

Заключение. Стимуляция гемозоином *O. felineus* культур клеток крови больных с бронхиальной астмой повышает уровень провоспалительных цитокинов из каскада активации инфламмасы. Результаты исследования демонстрируют, что гемозоин печеночной двуустки обладает иммуностимулирующим действием и способствует активации Th1-иммунного ответа.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЯТАГАНА

Михайловская Е.Г.¹, Яшкова Л.В.¹, Иго О.Л.¹, Зарипова Ю.Р.²

¹ ГБУЗ РК «Детская республиканская больница имени И.Н. Григovichа»,
Петрозаводск, Республика Карелия

² ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет»,
Петрозаводск, Республика Карелия

Актуальность. Синдром ятагана, или врожденный венолобарный синдром, является одним из наиболее редких и сложных для диагностики и лечения форм частичного аномального дренажа легочных вен (ЧАДЛВ). Частота встречаемости среди всех врожденных пороков сердца (ВПС) составляет 0,3%.

Цель исследования. Описание клинического случая синдрома ятагана у ребенка 4 лет.

Пациенты и методы. Ретроспективное описание клинического случая врожденного венолобарного синдрома (синдрома ятагана) у девочки 4 лет. Анализ медицинской карты стационарного больного (форма № 003/у).

Результаты. Девочка, 4 года, госпитализирована в ДРБ по поводу затяжного течения внебольничной пневмонии. На впервые выполненной рентгенограмме органов грудной клетки — правосторонняя нижнедолевая пневмония, заподозрены ателектаз средней доли справа, декстракардия. Выполнено СКТ органов грудной клетки: двусторонняя пневмония, ателектаз средней доли справа, смещение средостения вправо. Впервые выполнено ЭхоКГ: праворасположенное правосформированное сердце, леволежащая дуга аорты, среднее расчетное давление в правом желудочке 43,5 мм рт. ст. Впервые осмотрена детским кардиологом, рекомендован контроль ЭхоКГ после завершения лечения пневмонии. Через 1 мес проведена контрольная ЭхоКГ: декстракардия, сочетание декстрокардии и частичного аномального дренажа легочных вен в нижнюю полую вену, затруднение визуализации устьев легочных вен. Выполнен контроль рентгенографии органов грудной клетки: картина венолобарного синдрома справа (на фоне тени сердца справа определяется тень сосудистого тяжа к контуру диафрагмы), на основании чего диагностирован синдром ятагана. Девочка направлена в ФГБУ НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, где подтвержден данный диагноз. Проведено оперативное лечение — создание и последующая пластика межпредсердной перегородки ксеноперикардальной заплатой с перемещением аномально дренирующихся правых легочных вен в левое предсердие. В послеоперационном периоде состояние ребенка удовлетворительное. В течение года после операции не отмечено респираторной патологии, сонографически сброса крови на межпредсердной перегородке нет, кровотоков в легочных венах ламинарный, давление в правом желудочке нормализовалось.

Заключение. При внедрении в практику неонатального скрининга на критические ВПС, проведении профилактических осмотров в декретированные сроки, врач любой специальности может встретить пациента с ранее не диагностированным ВПС. Это требует от клинициста повышенной настороженности в отношении пороков сердца и своевременности проведения диагностических мероприятий.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПО ДАННЫМ ПРОБЫ РУФЬЕ

Моторенко Н.В., Титова Н.Д.

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

Актуальность. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) как проявление дисплазии соединительной ткани, как правило, сочетается с изменениями в кардиореспираторной системе, что необходимо учитывать для снижения риска операции и послеоперационных осложнений.

Цель исследования. Оценить уровень адаптационных резервов и функциональной работоспособности сердечно-сосудистой системы у пациентов с ВДГК с использованием пробы Руфье.

Пациенты и методы. В исследование включены 63 пациента с установленным диагнозом «воронкообразная деформация грудной клетки». Всем детям проведена функциональная проба Руфье. Оценка результатов пробы Руфье показывает уровень функционального резерва сердца в зависимости от полученных баллов: до 3 баллов — высокий уровень, 4–6 баллов — выше среднего, 7–9 баллов — средний уровень, 10–14 баллов — удовлетворительный, более 15 баллов — низкий уровень. Контрольную группу составили 30 клинически здоровых детей соответствующего возраста.

Результаты. Для определения степени тяжести деформации и показаний к оперативному лечению использовали индекс Халлера. Деформация II степени встречалась у 37 (58,7%) пациентов, III степени — у 26 (41,3%) пациентов. Среди пациентов со II степенью ВДГК были зарегистрированы следующие результаты: у 18 (48,7%) пациентов — удовлетворительный результат, у 15 (40,5%) — средний, у 3 (8,1%) — выше среднего и у 1 (2,7%) — низкий. Высокий результат не зафиксирован ни у одного пациента.

У пациентов с III степенью ВДГК удовлетворительный результат зарегистрирован у 16 (61,5%) детей, средний — у 9 (34,6%) и низкий — у 1 (3,9%) ребенка. Хороший и высокий результаты у пациентов с ВДГК III степени не получены.

Среди детей из контрольной группы у 14 (46,7%) был получен средний результат, у 9 (30,0%) — выше среднего, у 3 (10,0%) — высокий и только у 4 (13,3%) — удовлетворительный. Низкий результат пробы Руфье в контрольной группе не получен.

Таким образом, у пациентов с ВДГК отмечается снижение функционального резерва миокарда по сравнению с детьми из контрольной группы ($p < 0,05$).

Заключение. Результаты данного исследования показывают, что воронкообразная деформация грудной клетки у детей приводит к снижению работоспособности сердечной мышцы и плохой переносимости физической нагрузки, что необходимо учитывать для определения показаний и сроков проведения реконструктивной торакопластики с учетом сохранности компенсаторных возможностей организма.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ-ВЕГЕТАРИАНЦЕВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОНБАССЕ

Налетов А.В., Марченко Н.А., Масюта Д.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет»
Минздрава России, Донецк, Донецкая Народная Республика

Актуальность. Начало военных действий в Донбассе привело к резкому изменению условий жизни жителей региона, что не могло не отразиться на их микронутриентной обеспеченности. Особенно актуальным данный вопрос является в отношении детей, придерживающихся ограничений в питании.

Цель исследования. Оценить уровень обеспеченности витамином D у детей-вегетарианцев, проживающих в Донбассе.

Пациенты и методы. Обследовано 58 детей младшего школьного возраста, соблюдающих вегетарианский тип питания (основная группа). Группу контроля составили 30 детей аналогичного возраста, не соблюдающих ограничительные диеты. Все дети проживали на территории Донбасса. У детей оценена обеспеченность витамином D путем определения кальцидиола в сыворотке крови. Забор крови у детей контрольной группы проводили при плановом профилактическом осмотре.

Результаты. Анализ обеспеченности витамином D детей-вегетарианцев, проживающих в Донбассе, показал преобладание детей со сниженным уровнем данного показателя. Для основной группы наиболее характерным было наличие недостаточности витамина D — у 36 (62,1%) детей ($p < 0,001$). При этом в основной группе адекватная обеспеченность витамином D установлена у 12 (20,7%), а дефицит — у 10 (17,2%) детей. В группе контроля статистически значимо преобладали дети с адекватной обеспеченностью витамином D — 25 (83,3%) детей ($p < 0,001$). Недостаточность витамина D в группе контроля выявлена у 5 (16,7%) детей. При этом среди детей группы контроля пациентов с дефицитом витамина D не было.

Анализ значений концентрации кальцидиола в сыворотке крови детей показал, что в основной группе медиана данного показателя составила 25,3 [22,5; 27,5] нг/мл, что было статистически значимо ниже ($p < 0,001$) относительно соответствующего показателя в группе контроля — 33,7 [30,8; 35,7] нг/мл.

Заключение. Для детей-вегетарианцев характерным является наличие недостаточной обеспеченности витамином D. Необходимым является проведение саплементации холекальциферолом детей-вегетарианцев с целью нормализации обеспеченности витамином D.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Никифорова А.О., Грешнякова В.А., Горячева Л.Г., Жирков А.А.,
Алексеева Л.А.

ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней
ФМБА России», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. В детской когорте пациентов, как правило, еще не имеющей факторов риска развития метаболической патологии, не изучена способность вируса гепатита С индуцировать нарушения углеводного и липидного обменов.

Цель исследования. Изучить состояние углеводного и липидного обменов у детей с хроническим гепатитом С (ХГС) и оценить их взаимосвязь с вирусом.

Пациенты и методы. Исследуемую группу составили 63 ребенка с ХГС в возрасте от 3 до 17 лет, проходивших обследование в 2022–2023 гг. в Детском научно-клиническом центре инфекционных болезней (г. Санкт-Петербург). Всем детям проведены антропометрия, лабораторные исследования (ПЦР РНК HCV, уровень инсулина, глюкозы, липидограмма), расчет индекса НОМА-IR. Обследование осуществлялось в одинаковых условиях, утром и натощак.

Результаты. У большинства детей (71,4%) индекс массы тела (ИМТ), с учетом возрастных референсов, соответствовал «здоровому весу», у 4,8% — «недостатку веса» и лишь у 24,8% — «избытку веса». При генотипировании вируса выявлено, что 34,9% пациентов инфицированы третьим генотипом, 63,1% — не третьим: 52,4% — первым, 11,1% — вторым, у 1,6% генотип установить не удалось. Отклонения показателей липидного обмена были выявлены у 1/3 пациентов (28,6%), при этом большинство из них имели «здоровый вес» (77,8%). В группе детей с третьим генотипом вируса повышенный уровень триглицеридов зарегистрирован у 13,6% пациентов, повышение уровня холестерина, снижение липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) — у 4,5%. Среди пациентов с не третьим генотипом повышение уровня триглицеридов отмечалось в 19,5% случаев, повышение уровня холестерина, снижение ЛПВП — 12,2%. У 54% детей индекс НОМА-IR > 3,2, что является достоверным признаком формирования инсулинорезистентности. При анализе взаимосвязи углеводного обмена с генотипом вируса установлено, что в группе детей с третьим генотипом вируса повышение уровня инсулина зарегистрировано в 13,6%, а индекс НОМА-IR > 3,2 — у 50% пациентов. У пациентов с не третьим генотипом повышение уровня инсулина встречалось в 3 раза чаще — в 36,6% случаев, а индекс НОМА-IR > 3,2 — более чем у половины детей (56%).

Заключение. Для детей с ХГС характерны изменения метаболического профиля, в особенности у пациентов с не третьим генотипом вируса. Для своевременной диагностики и коррекции метаболических нарушений всем детям с ХГС представляется целесообразным включать в комплекс рутинных обследований определение показателей углеводного и липидного обменов для снижения риска неблагоприятного течения заболевания.

ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ. ОПЫТ РАБОТЫ ГАУЗ ТО «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5» Г. ТЮМЕНИ

Носкова А.С., Крымская О.С., Старостина О.В.

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

Актуальность. Отделение медико-социальной помощи детскому населению — подразделение ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5», отвечающее за оказание медицинской помощи детям, имеющим статус «ребенок-инвалид», инкурабельным пациентам на амбулаторном этапе, за оказание социального сопровождения семьям из групп риска, а также организацию и проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Цель исследования. Увеличить охват оказания медицинской помощи маломобильным и инкурабельным пациентам до 100%. Поделиться опытом организации работы в данном отделении.

Пациенты и методы. Проведен анализ эффективности работы отделения за 2023–2024 гг.

Результаты. На врачей-педиатров отделения медико-социальной помощи детскому населению возложены обязанности по своевременному направлению пациентов на бюро медико-социальной экспертизы в связи с окончанием срока инвалидности. В составе отделения присутствуют специалисты по социальной работе, в функциональные обязанности которых входит также организация межведомственного взаимодействия с системой профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. Детям с установленным паллиативным статусом медицинская помощь оказывается на дому, при необходимости организуется госпитализация в медицинские организации г. Тюмени. Охват осмотрами инкурабельных несовершеннолетних составил 100%. Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, осуществляется ежегодно в период с февраля по июнь специально организованными бригадами врачей-специалистов. Охват диспансеризацией в 2023 и 2024 гг. составил 100%.

Заключение. Отделение медико-социальной помощи детскому населению создано для помощи в работе участковой службы. Взаимодействие с отделением позволяет эффективно и своевременно оказывать необходимую помощь социальным категориям детского населения.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ ОБ ОПАСНОСТИ ВЕЙП-ЗАВИСИМОСТИ

Омолоева Т.С., Васильева Е.И., Буркова А.А.

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

Актуальность. Проблема курения среди детей и подростков стоит как никогда остро. Все чаще встречаются школьники не только с сигаретой в руках, но и с новыми электронными средствами для курения — вейпами.

Цель исследования. Изучение частоты вейпинга у школьников-подростков в гг. Иркутск, Ангарск, их информированность о влиянии вейпов на организм человека.

Пациенты и методы. Опрашивали 114 школьников в возрасте 11–17 лет в течение 11 мес. Получено устное согласие, участие было добровольным, ответы — анонимные. В анкете 15 вопросов.

Результаты. Преобладали лица мужского пола (55%), большинство в возрасте 16 лет, наименьшее количество 11-летних опрошенных. Имеют представление о вейпинге 93%, впервые слышат 7%. Треть школьников узнали о вейпинге от друзей, 17% — от братьев и сестер, 16% — от знакомых, 13% — от родителей, 9% — из рекламы. Пробовали курить вейп 61%, не курили 39%. Частота курения вейпа: 27% — 1 раз в сутки, 13% — на мероприятиях, 12% — 1 раз в месяц, 10% — 1 раз в жизни, 11% — несколько раз в месяц. Не знают о вреде курения вейпов 57% опрошенных. Родители 46% школьников не знают о пристрастии детей, 13% родителей знают о курении. Многие подростки попробовали курить вейп, считая себя взрослыми (16%), среди других причин: 26% — за компанию с друзьями, 20% — из интереса. Более 60% детей считают сигареты более вредными, чем вейпы, 22% — наоборот, а 17% отмечают одинаковую их вредность. У 54% школьников более 10 друзей курят вейпы. 56% подростков считают курение вейпов модным. Не отмечали у себя проблемы со здоровьем, связанные с вейп-зависимостью 75%; 9% — беспокоил кашель, 6% — головные боли.

Заключение. Полученные результаты доказывают огромную актуальность проблемы вейп-зависимости у детей. Выявлены низкая осведомленность о последствиях вейпинга и необходимость информирования о развитии тяжелых инвалидизирующих заболеваний.



РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЕМЕЙНОГО СЛУЧАЯ СИНДРОМА МЮНКЕ

Пашук С.Н.¹, Гусина А.А.¹, Колыбенко М.И.²

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

² УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр ОКПЦ»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Синдром Мюнке — заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования, характеризующееся преждевременной облитерацией черепных швов. Наиболее частые клинические признаки заболевания включают: деформацию черепа, лицевые дисморфии, потерю слуха, косоглазие. Причиной синдрома Мюнке является миссенс-мутация с.749C>G (p.Pro250Arg) в 7-м экзоне гена *FGFR3*. Схожесть с другими синдромальными формами краниосиностозов, сниженная пенетрантность и вариабельная экспрессивность заболевания затрудняют его своевременную диагностику и верификацию.

Цель исследования. Молекулярно-генетическое подтверждение клинического диагноза у пациента с фенотипическими признаками синдромального краниосиностоза, а также установление носительства патогенного варианта у родственников пробанда.

Пациенты и методы. Для проведения молекулярно-генетического исследования использованы образцы ДНК трех пациентов членов одной семьи. ДНК выделена из лейкоцитов методом солевой экстракции с использованием стандартных протоколов. Анализ нуклеотидной последовательности 7-го экзона гена *FGFR3* проведен методом прямого секвенирования.

Результаты. Пробанд — девочка, возраст 6 лет. С рождения отмечались: краниосиностоз (брахицефалия), выраженные лицевые дисморфии (выступающие лобные бугры, запавшее переносье, мелкие глазницы, гипертелоризм), неполная кожная синдактилия пальцев рук. Клинический диагноз при рождении: краниосиностоз. На момент осмотра у врача-генетика в возрасте 6 лет: краниосиностоз, уплощение затылка, лицевые дисморфии (широкий высокий лоб, гипоплазия глазниц, большие диспластичные ушные раковины, невыраженные надбровные дуги), слух в норме, интеллект соответствует возрасту.

Пробанду было проведено молекулярно-генетическое исследование и выявлен патогенный вариант с.749C>G (p.Pro250Arg) в 7-м экзоне гена *FGFR3* в гетерозиготном состоянии, ассоциированный с синдромом Мюнке. Для установления носительства указанного варианта среди родственников пробанда прямое секвенирование 7-го экзона гена *FGFR3* было проведено матери пробанда, находящейся на 34-й нед беременности и имеющей схожие фенотипические признаки, а также бабушке пробанда по материнской линии. В результате молекулярно-генетического исследования наличие патогенного варианта с.749C>G (p.Pro250Arg) было подтверждено и у матери, и у бабушки пробанда. От проведения молекулярно-генетического исследования сибса пробанда семья отказалась. Известно, что мать пробанда родила фенотипически здоровую девочку. Молекулярно-генетическое исследование новорожденной девочке не проводилось.

Заключение. Синдром Мюнке является одним из наиболее распространенных среди синдромальных форм краниосиностозов, частота встречаемости которого составляет 1 : 30 000 новорожденных. В настоящее время известно, что генетическая причина лежит в основе не только синдромальных, но и изолированных форм краниосиностозов. Замена цитозина на гуанин в положении 749 в 7-м экзоне гена *FGFR3* является причиной синдрома Мюнке, в то же время замена цитозина на тимин в положении 749 в 7-м экзоне гена *FGFR3*, приводящая к аминокислотной замене пролина на лейцин в 250 кодоне, описана в литературе как ассоциированная с изолированным односторонним коронарным синостозом. Таким образом, молекулярно-генетическое исследование является обязательным условием определения генетической причины заболевания и установления его точной нозологической формы.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ОХВАТ ВАКЦИНАЦИЕЙ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Пизнюр И.В.¹, Котова П.О.¹, Бурдукова А.О.², Макаркина Е.П.²,
Скобликова О.А.², Раева Г.Ф.², Пронина Е.В.²

¹ ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова», Рязань, Российская Федерация

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

Актуальность. Пандемия COVID-19 нарушила бесперебойное функционирование педиатрической службы здравоохранения по всему миру, вызвала опасения общественности по поводу посещения лечебных учреждений, что могло отразиться на плановой вакцинации детей 1-го года жизни.

Цель исследования. Оценить охват вакцинацией детей 1-го года жизни, частоту поствакцинальных реакций до и во время пандемии COVID-19 среди детей, территориально обслуживаемых Городской детской поликлиникой № 3 г. Рязани.

Пациенты и методы. Ретроспективный анализ медицинской документации (форма № 112/у) детей, рожденных в 2018 г. ($n = 256$) и 2020 г. ($n = 158$) на базе Городской детской поликлиники № 3 г. Рязани. Статистическая обработка данных — с помощью пакета Microsoft Office Excel.

Результаты. В 2018 г. охват вакцинацией составил 95,7% ($n = 245$), из них 53% детей ($n = 130$) привиты полностью, 47% ($n = 115$) — частично, родители 4,3% детей ($n = 11$) полностью отказались от вакцинации. В 2020 г. охват вакцинацией — 100% ($n = 158$ детей), из них 56% ($n = 88$) к 1-му году привиты полностью, 44% ($n = 70$) — частично. В 2018 г. охват вакцинацией против гепатита В к возрасту 6 мес составил 58% ($n = 148$), к концу 1-го года жизни 92% детей ($n = 235$) были привиты; в 2020 г. вакцинированы против гепатита В в полном объеме 74% детей ($n = 117$), а к 1-му году — 97% детей ($n = 153$). В 2020 г. значительно вырос охват вакцинацией против пневмококковой инфекции: вовремя были привиты 65% детей ($n = 103$), в 2018 г. — лишь 33% ($n = 189$); против гемофильной инфекции: в 2018 г. — 28,5% детей ($n = 73$), а в 2020 г. — 89% детей ($n = 140$). И до, и во время пандемии отмечается несоблюдение сроков своевременности проведения вакцинации АКДС: в 2018 г. к 6 мес привито трехкратно всего лишь 38% детей ($n = 97$), а к 1-му году — 48% детей ($n = 122$); в 2020 г. привито 68% детей ($n = 107$) во время, а к 1-му году — 86% ($n = 136$).

Заключение. Таким образом, охват вакцинацией детей 1-го года жизни в Городской детской поликлинике № 3 г. Рязани в 2018 и 2020 гг. был высокий и составил 95 и 98% соответственно. Пандемия COVID-19 не оказала негативного влияния на проведение плановой вакцинации, более того, родители стали ответственно подходить к иммунизации, а организация проведения вакцинопрофилактики показала свою большую эффективность.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕФОИЛОВОГО ФАКТОРА 3 С ЛИПИДОГРАММОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ У ПОДРОСТКОВ

Подчиненова Д.В., Самойлова Ю.Г., Ляхова Д.В., Джепаров Н.Д.,
Шулико Л.М.

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

Актуальность. Детское ожирение — глобальная проблема общественного здравоохранения, которая требует поиска новых прогностических маркеров ранней диагностики.

Цель исследования. Изучить взаимосвязи между уровнями треоилового фактора 3 (TFF-3), глюкагоноподобных пептидов 1 и 2 (GLP-1 и GLP-2) и других метаболических показателей у подростков с различной массой тела (МТ).

Пациенты и методы. Проведено одномоментное, одноцентровое, сравнительное исследование. Обследован 71 человек с различной МТ в возрасте от 10 до 17 лет. Основная группа ($n = 40$) — подростки с избыточной МТ и ожирением. Контрольная группа ($n = 31$) — условно здоровые подростки с нормальной МТ. В сыворотке крови исследованы липидограмма, уровни глюкозы, резистина, TFF-3, GLP-1 и GLP-2. Для статистического анализа использовалась программа IBM SPSS. Statistics v.20.

Результаты. В основной группе исследования медиана возраста составила 14,2 года [11,8; 15,6], в группе контроля — 14,0 года [11,4; 15,9]. Группы статистически значимо не различались по возрасту и полу.

В группе исследования выявлено повышение уровней триглицеридов 0,8 [0,6; 1,1] ммоль/л ($p = 0,004$), снижение уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) 1,4 [0,9; 2,8] ммоль/л ($p = 0,005$) и резистина 8,5 [3,4; 24,6] нг/мл. Статистически значимых различий в уровне глюкозы и других параметров липидограммы не выявлено.

У подростков с ожирением уровни TFF-3 — 51,8 [9,3; 189,5] пг/мл ($p < 0,05$) и GLP-2 — 162,6 [108,6; 429,4] пг/мл ($p = 0,005$) были статистически значимо ниже в сравнении с группой контроля. Уровни GLP-1 в группах значимо не различались.

Сравнительный анализ выявил положительные статистически значимые корреляции между TFF-3 и GLP-1 ($r = 0,282$; $p = 0,022$), GLP-2 и ЛПВП ($r = 0,322$; $p = 0,008$), резистином ($r = 0,602$; $p = 0,001$), глюкозой ($r = 0,264$; $p = 0,019$).

Отрицательные статистически значимые взаимосвязи выявлены между GLP-2 и липопротеидами низкой плотности ($r = -0,298$; $p = 0,014$).

Заключение. Выявленные взаимосвязи между уровнями TFF-3, GLP-1, GLP-2, глюкозы, резистина и параметрами липидограммы у подростков с различной МТ указывают на возможность использования TFF-3 в качестве вероятного клинического маркера ранней диагностики ожирения и требуют дальнейшего изучения.



ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Порецкова Г.Ю., Бесчастная Е.О.

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

Актуальность. Оптимизация питания детей грудного возраста представляет собой ключевую задачу для здравоохранения в связи с возможностью предупреждения целого ряда заболеваний в детском возрасте.

Цель исследования. Выявить ключевые ошибки формирования рациона питания детей 1-го года жизни с последующей разработкой уникальной компьютерной программы по подбору суточного меню ребенку 1-го года жизни.

Пациенты и методы. В исследование включены 120 детей 1-го года жизни (средний возраст $8,0 \pm 1,4$ мес), родители которых прошли опрос посредством анкетирования. После анализа собранных данных разработана компьютерная программа-калькулятор для подбора суточного меню детям грудного возраста.

Результаты. В 2022–2023 гг. проведено исследование по оценке пищевого рациона младенцев путем анкетирования матерей детей 1-го года жизни. Выявлены значимые ошибки: ранний перевод на искусственное вскармливание, причиной которого в 48,6% случаев, со слов матери, явилась гипогалактия; слишком раннее или позднее введение прикорма (26,6%); в 25% случаев до 6-месячного возраста в рацион включены фруктовые соки; выявлено позднее введение мясного пюре (17,3%); 33% матерей самостоятельно подбирали заменитель грудного молока при искусственном вскармливании. По результатам анкетирования принято решение о разработке интернет-ресурса для родителей на основе «Программы оптимизации вскармливания детей 1-го года жизни в Российской Федерации» с возможностью автоматизированного подбора рациона. Разработана программа для ЭВМ, положенная в основу создания интернет-ресурса. Для получения информации по питанию ребенка родителям необходимо ввести физические данные (дата рождения, масса тела и рост ребенка при рождении и фактические), указать характер вскармливания, особенности стула. Калькулятором автоматически производится анализ параметров, расчет суточного меню, включающего суточный и разовый объем питания, блюда прикорма и оптимальный режим. Если при оценке физического развития ребенка параметры значительно выходят за пределы нормы, даются рекомендации о необходимости посещения врача-педиатра.

Заключение. Таким образом, родители могут получить консультацию по питанию ребенка в возрасте до 1 года с минимальной затратой времени и предложением оптимальных вариантов суточного меню. Использование калькулятора врачами-педиатрами позволит подбирать питание ребенку с учетом индивидуальных особенностей на основе национальных рекомендаций, что позволит сформировать правильное пищевое поведение и предотвратить развитие алиментарно-зависимых состояний в детском возрасте.



ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ КРУПНОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ И НАРУШЕНИЙ ТРАЕКТОРИИ РОСТА В ПЕРВЫЕ ДВА ГОДА ЖИЗНИ

Прилуцкая В.А.

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

Актуальность. Важная проблема современной неонатологии — прогнозирование течения раннего неонатального периода. Практический интерес также имеет изучение предикторов неблагоприятных отдаленных нарушений у крупновесных при рождении детей.

Цель исследования. Выявить особенности антропометрии, клинко-метаболической и гормональной адаптации, вскармливания у крупновесных новорожденных и предикторы нарушений физического развития в первые 2 года жизни.

Пациенты и методы. Обследовано 276 новорожденных с последующим динамическим наблюдением в течение первых двух лет (в 1, 3, 6, 12, 18 и 24 мес). Основная группа — 141 крупновесный к сроку гестации новорожденный, группа сравнения — 135 детей с нормальным весом. Проведен анализ анамнестических данных, клинко-лабораторных параметров, антропометрических показателей. Разработаны математические модели прогнозирования.

Результаты. Научно обоснованы алгоритмы прогнозирования неонатальной дезадаптации и последовательности мероприятий у крупновесных детей. Разработаны и валидированы высокоинформативные прогностические модели для расчета ожидаемой массы тела (МТ) у детей раннего возраста, рожденных крупновесными ($R = 0,79$, $R^2 = 0,63$, $F = 54,91$; $p < 0,001$). Выявлены факторы гормонального профиля крупновесных детей, ассоциированные с вероятностью избыточной МТ и ожирения (ОЖ) в возрасте 2 лет: лептин пуповинной крови (ОШ 1,64 (1,11–3,56); $p = 0,048$) и адипонектин сыворотки в 3 мес $\leq 29,1$ мкг/мл (ОШ 25,0 (8,1–77,5); $p < 0,001$). Установлены статистически значимые предикторы избыточной МТ и ОЖ: Z-score МТ при рождении более 1,82; Z-score МТ в 12 мес более 1,92; срок введения 1-го прикорма ранее 5 мес. Разработанная динамическая модель прогнозирования избыточной МТ и ОЖ у детей раннего возраста и классификационная имеют AUC 0,81 (95% ДИ 0,72–0,90), $p < 0,001$; Se 79,6%, Sp 68,1%, LR+ 2,50 и LR- 0,30, содержат доступную для практического здравоохранения информацию. Результаты внешней валидации свидетельствуют о высокой мощности моделей.

Заключение. Диагностика и мониторинг предикторов неонатальной дезадаптации, отклонений траекторий догоняющего роста позволяют выделять группу высокого риска формирования избыточной МТ и ОЖ у детей раннего возраста, рожденных крупновесными для гестационного возраста, с персонифицированными алгоритмами динамического наблюдения и комплексной программой этапной медицинской профилактики нарушений физического развития и метаболического дисбаланса.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ КОГОРТНОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Прокопьева В.Д., Федотова М.М., Куленич В.В., Ровицкая В.А.,
Кутас У.В., Федорова О.С.

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

Актуальность. Пищевая аллергия (ПА) занимает одну из лидирующих позиций в структуре заболеваний раннего детского возраста, что является важнейшей проблемой педиатрии. Когортные исследования считаются приоритетными в изучении естественного течения и факторов риска аллергических заболеваний у детей.

Цель исследования. Установить клинико-эпидемиологическую характеристику ПА у детей раннего возраста и роль факторов риска в ее формировании.

Пациенты и методы. Выполнено проспективное когортное исследование: выборка 1 — дети, рожденные от родителей с отягощенным аллергоанамнезом ($n = 151$); выборка 2 — дети, рожденные от родителей без отягощенного аллергоанамнеза ($n = 80$). Общее количество участников, включенных в проспективное наблюдение, — 231 человек. К 7-му визиту исследование завершили 206 детей.

Проспективное наблюдение включало: клиническое обследование детей при рождении и в возрасте до 18 мес, интервьюирование родителей, оценку уровня специфического IgE к пищевым аллергенам в сыворотке крови в возрасте 12 мес. Статистический анализ выполнен с использованием программы Statistica 13.3.

Результаты. В ходе проспективного наблюдения установлена распространенность предполагаемой ПА у детей в возрасте 12 мес в выборке 1 — 42,5%, в выборке 2 — 24,5% ($p = 0,01$, при сравнении выборок). В 18 мес установлена распространенность предполагаемой ПА в выборке 1 — 66,6%, в выборке 2 — 29,2% ($p < 0,01$, при сравнении выборок). Распространенность подтвержденной ПА у детей к возрасту 18 мес, рожденных от родителей с отягощенным аллергоанамнезом, составила 25%. По результатам логистического регрессионного анализа статистически значимым фактором риска предполагаемой ПА у детей в возрасте 12 мес является отсутствие вакцинации против гепатита В после рождения (OR 3,533; CI (1,203–10,378; $p = 0,018$). Отсутствие первичной вакцинации БЦЖ ассоциировано с развитием предполагаемой ПА в возрасте 3 мес (OR 5,763; CI (1,476–22,503; $p = 0,007$). Регулярное применение витамина D является протективным фактором и ассоциировано с меньшим риском развития ПА (OR 0,002; CI (0–0,13; $p < 0,05$).

Заключение. Полученные данные о факторах риска и распространенности ПА у детей раннего возраста имеют важное прикладное значение, являясь научной основой для превентивных мероприятий, включая формирование групп риска и профилактическую работу с детским населением, современную вакцинацию, а также теоретическое значение для понимания фундаментальных основ развития ПА.

СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ПРИМЕРЕ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Прохорова И.С., Козыро И.А.

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

Актуальность. Диагностика артериальной гипертензии (АГ) сопряжена с некоторыми трудностями, однако контроль артериального давления (АД) у детей важен. В зависимости от возраста преобладают те или иные причины АГ. Чем младше пациент, тем больше вероятность вторичной АГ. Дифференциальный диагноз требует мультидисциплинарного подхода, участия врачей смежных специальностей.

Цель исследования. Проанализировать редкий случай СПА у девочки 2 лет и оценить сложность дифференциальной диагностики АГ в раннем возрасте.

Пациенты и методы. Проведен анализ данных литературы по современным возможностям диагностики АГ у детей в зависимости от возраста, представлен клинический случай СПА у 2-летней пациентки К.

Результаты. В инфекционном стационаре г. Минска по поводу RS-инфекции (острый ринофарингит, острый двусторонний средний отит, острый бронхиолит; двусторонняя полисегментарная пневмония; левосторонний плевральный выпот; дыхательная недостаточность 3 степени; ацетонемическое состояние; анемия средней степени тяжести) получала лечение 2-летняя пациентка К. Во время седации по поводу постановки центрального венозного и артериального катетеров было зафиксировано АД на уровне 180/120 мм рт. ст. С целью поиска причины АГ были выполнены исследования: ЭхоКГ; ЭКГ; УЗИ ОБП, почек и надпочечников с доплеровским исследованием сосудов почек; КТ ОГК и ОБП с контрастированием; МРТ головного мозга и ОБП с контрастированием; сцинтиграфия почек; КТ-ангиография. Проведены лабораторные исследования: определение уровня АКТГ, кортизола, альдостерона, метанефрина, норметанефрина, активности ренина в плазме крови. Врачом-онкологом исключены новообразования. По результатам данных КТ-ангиографии был выявлен стеноз левой почечной артерии, стеноз и гипоплазия правой почечной артерии, стеноз и гипоплазия верхней брыжеечной артерии. К. перенесла 2 хирургических вмешательства, в настоящее время получает антигипертензивные препараты, запланирована очередная хирургическая коррекция.

Заключение. Измерение АД важно в любом возрасте у детей. Дифференциальная диагностика АГ у детей требует мультидисциплинарного подхода. Чем младше ребенок, тем больше вероятность вторичной АГ. Отметим, что ни один из методов визуализации не может с точностью до 100% диагностировать СПА.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАННЕЙ АМБУЛАТОРНОЙ СТАДИИ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ ДЮШЕННА

Пыrkova C.A., Boikov A.M.

ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15
Промышленного района», Самара, Российская Федерация

Актуальность. Мышечная дистрофия Дюшенна — орфанное заболевание, относящееся к группе тяжелых наследственных заболеваний с поражением в первую очередь скелетной мускулатуры, характеризуется прогрессирующим инвалидизирующим течением. Это рецессивное заболевание, сцепленное с X-хромосомой и вызванное мутациями в гене *DMD*, приводящими к отсутствию или недостаточной функции дистрофина. В течение заболевания выделяют стадии, для которых характерны патогномичные клинические ранние и поздние проявления, лабораторные маркеры — повышение активности креатинфосфокиназы, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы.

Частота встречаемости ПМДД составляет 1 на 5000 новорожденных мальчиков. В случае наличия кариотипа XO или структурных аномалий хромосом (Xp21.2, ген *DMD* дистрофина) возможно заболевание и у девочек, хотя встречается довольно редко.

Цель исследования. Описать редкий клинический случай, демонстрирующий раннюю диагностику амбулаторной стадии мышечной дистрофии Дюшенна, рассмотреть возможные скрининговые методы ранней диагностики.

Пациенты и методы. Пациенту Д. первично выставлен диагноз «прогрессирующая миодистрофия Дюшенна» в 2023 г. (в возрасте 1 год 6 мес), когда он был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение в СОДКБ им. Н.Н. Ивановой с диагнозом атопический дерматит, где при проведении дополнительной диагностики в анализе крови выявлено повышение АЛТ 247 МЕ/л, АСТ 220 МЕ/л, КФК 29 780 ед/л. После проведения молекулярно-генетического исследования 22.06.2023 г. на базе ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Медико-генетического центра Москвы выявлена делеция экзонов 75–76 гена *DMD* в гемизиготном состоянии. В августе 2023 г. пациент обследован в СОКБ им. В.Д. Середавина.

Результаты. Пациенту Д., возраст 1 год 6 мес, выставлен диагноз: «Миодистрофия Дюшенна, субклиническая стадия, делеция экзонов 75–76 гена *DMD* в гемизиготном состоянии».

В возрасте 4 лет будет назначена патогенетическая терапия для поддержания качества жизни ребенка.

Заключение. Данный клинический случай «случайного» раннего (в возрасте 1 год 6 мес) выявления и установления диагноза «Миодистрофия Дюшенна» показателен в связи с отсутствием общедоступности скрининговых методик диагностики данного заболевания у детей. Вероятно, проведение исследований КФК, АСТ, АЛТ в анализе крови у новорожденных можно использовать в качестве метода скрининговой диагностики, позволяющей заподозрить у ребенка это редкое тяжелое наследственное заболевание.

СИНДРОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Пыrkova C.A., Cуслова Н.Б.

ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15
Промышленного района», Самара, Российская Федерация

Актуальность. Синдром Клайнфельтера (СК) — это генетическое заболевание, затрагивающее исключительно мужчин, которое характеризуется наличием одной или нескольких лишних X-хромосом в кариотипе. Синдром Клайнфельтера имеет хромосомный набор 47XXY в большинстве случаев (90% больных). Наличие дополнительной X-хромосомы нарушает нормальное развитие половых желез, приводя к гипогонадизму, что объясняет характерные симптомы заболевания. Одним из арактерных проявлений СК может быть диспропорциональное телосложение. Кроме того, у подростков с этим синдромом могут наблюдаться увеличенные кисти рук. Другие важные характеристики включают скудное оволосение на лице и груди.

Пациенты с СК нуждаются в пожизненной заместительной терапии препаратами тестостерона. С помощью данной терапии можно избавить пациентов от всех клинических проявлений гипогонадизма (за исключением бесплодия и развившейся гинекомастии).

Цель исследования. Описать клинические симптомы редкого генетического заболевания — синдрома Клайнфельтера, выявленного у подростков в 14-летнем возрасте.

Пациенты и методы. Пациент Г., 14 лет, рост 154 см, масса тела 42 кг, ИМТ 17,7. Общее состояние удовлетворительное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, тургор тканей повышен, проявления атопического дерматита. По половому развитию Таннер-2-3, яички гипоплазированы. Наблюдается аллергологом, пульмонологом с диагнозом атопический дерматит (с 3 лет), бронхиальная астма. Высокорослый, опережает в росте на 1,5 года (отец тоже высокорослый). Отмечает отсутствие увеличения яичек в объеме: при плановом осмотре у хирурга был обнаружен небольшой объем яичек, который не соответствовал стадии полового созревания. Эндокринологом рекомендовано обследование в условиях стационара. Был госпитализирован в плановом порядке. При осмотре отмечено евнухоидное телосложение, узкие плечи, длинные конечности, слабо выраженное оволосение на лице, в области подмышечных впадин. Кожные покровы сухие, очаги гиперемии, папулы и расчесы в области локтевых сгибов. Мускулатура не развита. Дистальный гипергидроз, двусторонняя гинекомастия. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке, но значительно уменьшены, допубертатные, не соответствуют стадии полового созревания и данным костного возраста. Юноша имеет брата-близнеца, родились от 1-й физиологически протекавшей беременности у матери в 37 лет, срочных оперативных родов (дородовое излитие вод). Хромосомной патологии в предыдущих поколениях не было, но у одного из прадедов не было детей. Моторное развитие до 1 года с некоторым отставанием. Задержка речевого развития и формирования речевых навыков, наблюдались логопедом. До 1 года постоянно проходили курсы лечения у невролога, наблюдались с диагнозом «последствия перинатального гипоксического поражения центральной нервной системы», в дальнейшем получали реабилитацию. С 6–8 лет отличались от сверстников высокорослостью; учатся в средней школе, успеваемость средняя, трудности с чтением сохраняются у обоих подростков. После обследования в ГБУЗ «СОДКБ им. Н.Н. Ивановой» установлен основной диагноз: «Q98.0 синдром Клайнфельтера, кариотип 47, XXY».

Результаты. Юноши на диспансерном наблюдении у аллерголога, пульмонолога, гастроэнтеролога, на диспансерном учете у эндокринолога, через 6 мес планируется начать терапию тестостероном.

Заключение. Прогноз благоприятен при отсутствии грубых врожденных пороков развития, при мозаичном кариотипе сохраняется возможность иметь потомство. Своевременная заместительная гормональная терапия избавляет от симптомов болезни и предупреждает развитие остеопороза, мышечной слабости, позволяет взрослым юношам вести нормальную половую жизнь.

РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ МУЛЬТИОРГАННОЙ ДИСФУНКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С СЕПСИСОМ

Рагимова Н.Д., Гусейнова Н.Ф.

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

Актуальность. Неонатальный сепсис у новорожденных протекает с вовлечением в процесс многих систем организма. Полиорганная дисфункция является лидирующей причиной летальности у новорожденных и зависит от гестационного возраста.

Цель исследования. Изучить роль провоспалительных факторов в развитии мультиорганной дисфункции у недоношенных с сепсисом.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 127 недоношенных с сепсисом, осложнившимися полиорганной дисфункцией. Срок гестации новорожденных составил 27–37 нед, масса тела в среднем $2265,9 \pm 30,9$ г. Уровни цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-18, ФНО α , ИЛ-33 в сыворотке крови определяли стандартным методом твердофазного иммуноферментного анализа. Для определения полиморфизма генов использовались следующие методы: полимеразная цепная реакция, полиморфизм длины рестрикционных фрагментов.

Результаты. Выявлено наличие инфекционного процесса в 2 системах, сочетание респираторной патологии и поражение ЦНС у 78 (61%) новорожденных, поражение ЦНС + желудочно-кишечного тракта у 49 (39%) новорожденных. При прогрессировании инфекционного процесса дисфункция зарегистрирована в 3 и более системах у 45 (36%) недоношенных новорожденных. У новорожденных с сепсисом отмечалось достоверное повышение провоспалительных цитокинов. В результате корреляционного анализа установлено, что полиорганная дисфункция положительно связана с гиперцитокинемией: ИЛ-1 β ($\rho_s = 0,375$; $p = 0,008$), ИЛ-6 ($\rho_s = 0,408$; $p = 0,004$), ИЛ-18 ($\rho_s = 0,414$; $p = 0,003$), ИЛ-33 ($\rho_s = 0,401$; $p = 0,005$), ФНО- α ($\rho_s = 0,443$; $p = 0,001$) и напрямую коррелирует с повышенным уровнем С-реактивного белка, прокальцитонина, лактата. Изучение ассоциаций между особенностями генотипа новорожденных и манифестацией генерализованной инфекции показало, что генотипы СС ИЛ-1 β (-511), GG ИЛ-6 (-572), GG ИЛ-18 (-656) могут сформировать повышенный риск развития сепсиса и, вероятно, быть использованы в качестве предикторов полисистемных поражений.

Заключение. Проведенные исследования показали, что экспрессия и полиморфизм генов цитокинов в комплексе с анамнестическими, клинико-лабораторными данными дадут возможность в перспективе формировать группы риска по развитию мультиорганной дисфункции у недоношенных детей с неонатальным сепсисом.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И РИСК ОСТЕОПЕНИИ У ПОДРОСТКОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Радченко Т.С., Крутикова Н.Ю.

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

Актуальность. По статистике, к 17-летнему возрасту на первое место выходит ортопедическая патология, что подчеркивает важность изучения состояний, связанных с костной системой. Высокая частота остеопенических состояний и распространенность высокого типа физического развития у детей подросткового возраста акцентируют внимание на актуальности данного исследования.

Цель исследования. Изучить плотность костной ткани и ее взаимосвязь с типом физического развития у детей подросткового возраста.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 302 ребенка подросткового возраста (17–18 лет). Гендерное распределение составило 204 девочки (67,5%) и 98 мальчиков (32,5%). Критерии включения: возраст от 17 до 17 лет 11 мес 31 дня, отсутствие приема кальцийсодержащих препаратов в течение последнего года и предварительное письменное согласие на участие.

Все обследуемые прошли объективный осмотр, антропометрию и остеоденситометрию на аппарате ультразвукового денситометра «MiniOmni» (Sunlight Medical Ltd, Израиль). Нормальная минеральная плотность у детей определялась по Z-критерию: $Z\text{-score} \geq 0$ считался нормальным; $-1SD < Z\text{-score} < 0$ указывал на тенденцию к снижению плотности кости; $-2SD < Z\text{-score} \leq -1SD$ — на снижение; $Z\text{-score} \leq -2SD$ — на выраженное снижение костной плотности. Остеопороз диагностировался при $Z\text{-score} < -2,5$.

Оценка физического развития проводилась с использованием перцентильных графиков ВОЗ для детей (2006 г.). Гармоничность физического развития оценивалась по соотношению длины и массы тела. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле (масса тела (кг))/(рост (м)²) и оценивался по стандартам ВОЗ (2006) и федеральным клиническим рекомендациям РФ с расчетом стандартного отклонения SDS. Для анализа использовалось программное обеспечение ВОЗ AntroPlus.

Результаты. В исследовании плотности костной ткани принимали участие 302 ребенка подросткового возраста (17–17 лет 11 мес 31 дня). Анализ данных показал снижение костной плотности у 56,4% ($n = 170$) обследованных. Из них нарушения плотности костной ткани у девушек были выявлены в 46% ($n = 94$) случаев, у юношей в 48% случаев ($n = 47$).

Оценка физического развития показала, что среди юношей высокий рост (> 186 см) имели 19 (19,4%) подростков, из которых у 12 (63%) были выявлены изменения костной плотности. В этой группе 41,7% ($n = 5$) имели тенденцию к снижению, 33,3% ($n = 4$) — умеренное снижение и 25% ($n = 3$) — выраженное снижение костной плотности. В группе юношей с избытком массы тела отклонение Z-критерия от нормы было установлено в 77,3% случаев. Среди девушек высокий рост ($> 170,4$ см) имели 40 человек, из которых у 19 (47,5%) было выявлено снижение костной плотности. В группе с избытком массы тела снижение костной плотности зарегистрировано у 24 (75%) из 32 человек.

Корреляционный анализ показал, что высокий рост и избыток массы тела могут быть рассмотрены в качестве факторов риска снижения костной плотности.

Заключение. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что высокий тип физического развития, особенно в сочетании с избыточной массой тела, может быть связан с ухудшением состояния костной ткани. Это подчеркивает важность регулярного мониторинга и оценки состояния здоровья у подростков, а также необходимость разработки целевых программ по профилактике остеопении и остеопороза.

УРОВНИ И АКТИВНОСТЬ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ

Рубан А.П.¹, Дремук И.А.¹, Василевский И.В.², Шамова Е.В.¹, Гончаров А.Е.¹

¹ ГНУ «Институт биофизики и клеточной инженерии НАН Беларуси»,
Минск, Республика Беларусь

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

Актуальность. Рост острых аллергических реакций (ОАР), в том числе анафилаксии (АФ) требует разработки методов их профилактики. В качестве предиктора-биомаркера ОАР рассматривается ангиотензин-превращающий фермент (АПФ), обеспечивающий вазоконстрикцию при ОАР.

Цель исследования. Изучить уровни и активность АПФ в сыворотке крови детей с ОАР и их взаимосвязь с клинической картиной ОАР с целью оценки их информативности как биомаркеров ОАР.

Пациенты и методы. 117 детей с ОАР (острая крапивница и/или ангиоотек и АФ). Забор крови проведен в остром/подостром периоде ОАР. Пациенты разделены на 2 группы: с 1–2 (54 человека) и 3–5 (63 человека) степенями тяжести (СТ) ОАР. Определяли СТ согласно клиническим диагностическим критериям ААААА 2021, диагноз АФ — клиническим критериям WAO 2011. Контрольная группа (КГ) — 19 детей без хронических аллергических заболеваний и ОАР. Методы — клиничко-анамнестический и статистический.

Результаты. Анализ данных показал, что медианные значения уровней и активности АПФ во всей выборке составили соответственно 156,9 пг/мл ($n = 117$) и 103,1 U/L ($n = 62$), в КГ — 99,2 пг/мл ($n = 18$) и 55,0 U/L ($n = 16$). Выявлены достоверные различия уровней и активности АПФ у пациентов с наличием ОАР по сравнению с такими показателями у пациентов КГ ($p < 0,05$). В зависимости от СТ ОАР различий в уровнях и активности АПФ не выявлено. В группе пациентов с 1–2 СТ медианное значение уровней и активности АПФ составило соответственно 153,2 пг/мл ($n = 42$) и 112,7 U/L ($n = 27$), в группе с 3–5 СТ — 152,4 пг/мл ($n = 55$) и 108,6 U/L ($n = 26$). Не выявлено достоверных различий в уровнях и активности АПФ в группе пациентов с АФ и без нее, однако наблюдалась тенденция к повышению в группе с АФ. Так, медианные значения уровней и активности АПФ в группе пациентов с АФ составили соответственно 158,6 пг/мл ($n = 40$) и 110,0 U/L ($n = 37$), а без АФ — 145,6 пг/мл ($n = 58$) и 107,3 U/L ($n = 51$). Корреляций между показателями активности и уровнями АПФ не выявлено.

Заключение. Определены референсные значения уровня и активности АПФ у детей, которые составили соответственно 99,2 пг/мл и 55 U/L. Уровни и активность АПФ у детей повышены при наличии ОАР, преимущественно при наличии диагностических критериев АФ WAO 2011. Данный факт свидетельствует об активации компенсаторных механизмов организма при развитии ОАР для поддержания физиологического уровня артериального давления. Таким образом, уровень и активность АПФ можно рассматривать в качестве потенциального биомаркера ОАР.

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ДЕФИЦИТОМ ПИРУВАТКИНАЗЫ

Салехова Г.Б., Рагимова Н.Д., Ализаде Г.А.

Научно-исследовательский институт педиатрии им. К. Фараджовой,
Баку, Азербайджанская Республика

Актуальность. Дефицит пируваткиназы (ДП) является редкой врожденной несфероцитарной гемолитической анемией, вызванной дефектом гликолитического пути, вследствие мутаций в гене *PKLR*, расположенном на хромосоме 1q21, при наследовании по аутосомно-рецессивному признаку.

Цель исследования. Описание клинического случая ребенка с тяжелой анемией, связанной с ДП.

Пациенты и методы. Проведены общий анализ крови с подсчетом ретикулоцитов, морфологическое исследование, осмотическая резистентность эритроцитов, костного мозга; биохимическое исследование сыворотки крови с определением содержания ферритина, общего билирубина и его фракций, активности лактатдегидрогеназы. Молекулярно-генетическое исследование проводилось методом высокопроизводительного секвенирования ДНК (NGS) с использованием панели генов «Гемолитические анемии».

Результаты. Ребенок родился от 3-й беременности и 3-х родов на 38-й нед гестации с весом 2400 г оперативным путем. Родители — родственники (двоюродные брат и сестра). При рождении у ребенка развилась неонатальная желтуха и анемия. Девочка неоднократно попадала в стационар из-за анемии на фоне острой вирусной инфекции. В возрасте 7 мес ребенок поступил в клинику в тяжелом состоянии в связи с катаральными признаками ОРВИ и легкой белково-энергетической недостаточностью. В крови WBC — $21,93 \times 10^3/\mu\text{L}$, RBC — $1,21 \times 10^6/\mu\text{L}$, HGB — 4,0 g/dL, HCT — 12,2%, MCV — 100,8 fL, RDW_SD — 68,4 fL, LYM — $16,10 \times 10^3/\mu\text{L}$, MON — $2,6 \times 10^3/\mu\text{L}$, PLT — $331 \times 10^3/\text{l}$, RET — $0,1842 \times 10^6/\mu\text{L}$, IRF — 53,7%, Fe — 174,9 $\mu\text{g/dL}$, LDH — 650 U/L, ALT — 60,09 IU/L, AST — 95,83 U/L, общий билирубин — 1,37 mg/L, ферритин — 1191 ng/mL. Микроскопия мазка крови: анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихромазия, макроцитоз. Трижды проводилась заместительная терапия эритроцитарной массой. Ребенок с улучшением выписан домой под наблюдение педиатра и гематолога. Генетический анализ: в гене *PKLR* в 9-м экзоне выявлена мутация c.1436G>A/p.Arg479His, что свидетельствует о гемолитической анемии, связанной с ДП.

Заключение. У наблюдаемой девочки обнаружен новый генетический вариант в 9-м экзоне гена *PKLR*, соответствующий ДП. Согласно литературным данным, при наличии мутации c.1436G>A (экзоны 3, 5, 7, 8, 10, 11 гена *PKLR*) отмечается тяжелое течение гемолитической анемии. В данном клиническом случае — более благоприятное течение анемии без выраженной гепатоспленомегалии. Этот генетический вариант может быть специфичен для азербайджанской популяции и требует дальнейших исследований.

ИЗУЧЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

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

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Казань, Российская Федерация

Актуальность. Нарушение пищевого поведения детей раннего и дошкольного возраста является достаточно распространенной проблемой, приводящей к дефицитным состояниям и отклонениям в физическом развитии (ФР), а в ряде случаев — к формированию хронической патологии.

Цель исследования. Выявить распространенность нарушений пищевого поведения и особенности питания у детей раннего и дошкольного возраста.

Пациенты и методы. Проведены оценка антропометрических показателей 160 детей в возрасте от 1 года до 7 лет (медиана 4,5 года) и анкетирование их родителей на основании международного опросника PediEAT. Дети не имели хронических заболеваний и состояний, которые могли приводить к изменению пищевого поведения и требовать соблюдения специфической диеты.

Результаты. В целом средние показатели ФР имели 46,3% детей, пониженный ИМТ — 23,7%, повышенный ИМТ — 30%. Однако доля детей до 3 лет со средними параметрами была почти в 2 раза больше, чем в дошкольном возрасте. Дефицит массы наблюдали со сравнимой частотой в обеих группах, а избыток массы тела — в 36,7% у дошкольников по сравнению с 10% в раннем возрасте.

На 1-м году жизни на грудном вскармливании (ГВ) находились 76 детей, на смешанном — 60, искусственном — 24. Дети на ГВ значимо чаще имеют нормативные показатели ИМТ — 70,3%, на смешанном — почти в равных соотношениях средние, высокие и низкие показатели ИМТ (41,67; 47,37 и 29,73%), на искусственном — только избыток или дефицит массы тела (33,33 и 21,05%).

При анализе результатов опроса «Избирательное питание» PediEAT у 40% детей имелись отклонения. Характерными проявлениями избирательности стали частое отсутствие аппетита перед приемом пищи, поедание одного и того же блюда несколько дней подряд, предпочтение хрустящих продуктов. В разделе «Проблемное поведение во время еды» высокие баллы получили 51,3% детей. Проблемное питание родители характеризовали как частое выплевывание пищи, слишком быстрое поедание и недостаточное пережевывание пищи. Отклонение по обоим шкалам было у 44 детей, в этой группе значимо чаще (77,3%) отмечались отклонения в ФР как с избытком массы тела, так и с ее дефицитом.

Заключение. Отклонения в пищевом поведении — нередкое явление у детей от 1 года до 7 лет, что негативно сказывается на их нутритивном статусе и имеет тенденцию к прогрессированию по мере взросления детей.

СИМУЛЯЦИОННЫЙ МЕТОД ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Сапотницкий А.В., Прилуцкая В.А., Панулина Н.И., Прилуцкий А.С., Теслова О.А.

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

Актуальность. В настоящее время отмечается смена приоритетов в обучении с акцентом на возможность объективной оценки освоения навыков; проведение тестирования, аккредитации, экзаменов; повышение эффективности усвоения материала по основным разделам педиатрии.

Цель исследования. Оценить эффективность и тренды симуляционного метода практико-ориентированного обучения студентов педиатрического факультета в динамике 10-летнего опыта по результатам анонимного анкетирования.

Пациенты и методы. Анонимное анкетирование 545 студентов педиатрического факультета проводилось в течение 10 лет с 2014/2015 учебного года. В анкету включены вопросы с множественными или самостоятельными вариантами ответов о занятиях по следующим дисциплинам: «Первая помощь» (1 курс), «Педиатрия» (4, 5 курс), «Неонатология» (5, 6 курс). Использован онлайн-сервис Google Forms, при статобработке — Microsoft Excel, Statistica 10.0. При анализе применяли методы описательной статистики и критерий хи-квадрат.

Результаты. Студенты педиатрического факультета занимаются на базе симуляционно-аттестационного центра университета. В 2014/2015 учебном году проанкетировано 27 человек, в 2016/2017 — 44 студента, 2019/2020 — 72 студента-выпускника, 2020/2021 — 75 педиатров-субординаторов, 2021/2022 — 74 студента 6 курса, 2022/2023 — 105 студентов 4–6 курсов, 2023/2024 — 148 студентов 1, 4–6 курсов. Анкетирование является информативной формой обратной связи со студентами и предоставляет полезную информацию для совершенствования занятий. Из наиболее уверенно освоенных умений и навыков отмечается интубация трахеи, самооценка удовлетворенности освоения которой врачами-субординаторами выросла с 70,4 до 95,5% опрошенных в динамике изученных лет. Схожие тенденции отмечены по сердечно-легочной реанимации новорожденных (с 51,9 до 94,6%) и детей старшего возраста (с 56,0 до 90,5%), что вполне логично, учитывая увеличение числа занятий в симуляционно-аттестационном центре и соответственно времени, уделяемого на тренировку данных умений в динамике периода 2014–2024 гг.

Заключение. Симуляционное обучение — неотъемлемая и эффективная составляющая практико-ориентированной подготовки студентов. Направления совершенствования симуляционного обучения: расширение набора тренируемых клинических ситуаций от младших курсов к старшим (оказание помощи, диагностика болезней); развитие междисциплинарных клинических сценариев (педиатрия и акушерство, реаниматология, детская хирургия, детская эндокринология); внедрение в клинические сценарии элементов обучения коммуникативным навыкам.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМфомы У РЕБЕНКА С ГИПЕРТРОФИЕЙ АДЕНОИДОВ

Семенихина К.Н., Будылева А.Г.

ФГБУ «Детский медицинский центр «Управления делами Президента РФ»,
Москва, Российская Федерация

Актуальность. Неходжкинская лимфома (НХЛ) — это группа злокачественных новообразований, исходящих из недифференцированных клеток лимфатической системы. Ранним симптомом является увеличение одной или нескольких групп лимфатических узлов без болевого синдрома, чаще в области шеи, в подмышечной и паховой областях. Из всех видов рака у детей и подростков НХЛ составляют примерно 6,4%, чаще болеют дети старше 4 лет, мальчики болеют примерно в 2 раза чаще девочек.

Цель исследования. Анализ клинического случая.

Пациенты и методы. Мальчик К. от 1-й беременности, протекавшей с анемией в 3-м триместре, 1-х срочных родов на 40-й нед путем Кесарева сечения. Масса тела при рождении — 3310 г, длина — 51 см, оценка по шкале Апгар — 8/9. Развитие — в соответствии с возрастом.

Результаты. Ребенок на 3-м году жизни стал посещать детский сад, после чего участились острые респираторные инфекционные заболевания, часто сопровождающиеся синуситами. В тот же период перенес острый тонзиллит, парафаренгиальный абсцесс, находился на лечении в стационаре.

В дальнейшем в период реконвалесценции после респираторных заболеваний отмечено появление затрудненного носового дыхания, храпа. При обследовании установлен диагноз: «аденоиды 3-й степени». Взят на активное наблюдение врачом-оториноларингологом. В клинических анализах крови по выздоровлении после острых респираторных заболеваний патологических изменений не было.

На 4-м году госпитализирован в оториноларингологическое отделение стационара для планового оперативного лечения, проведена аденотомия. При гистологическом исследовании операционного материала выявлена гистологическая картина, не исключающая фолликулярную лимфому детского типа. При иммуногистохимическом исследовании данные соответствуют НХЛ.

В условиях онкологического отделения стационара проведено 2 курса химиотерапии. После 1-го курса у ребенка развился нейтропенический энтероколит, после 2-го курса — генерализованный кандидоз; проведен необходимый объем лечения с эффектом.

В настоящее время ребенку 5 лет, состояние удовлетворительное; находится на активном наблюдении у онколога, отмечается стойкая ремиссия.

Заключение. Полноценное гистологическое исследование тканей после аденотомии, несмотря на кажущуюся типичность клинических проявлений гипертрофии аденоидов у ребенка и нетипичную локализацию для лимфом, позволило на раннем этапе выявить лимфому и начать лечение.

ВРОЖДЕННЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ (ДЕФИЦИТ DOCK8): ВЗГЛЯД ПЕДИАТРА, ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Серебрякова Е.Н., Шилова Т.В., Кожевников А.С.

*ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Челябинск, Российская Федерация*

Актуальность. Врожденный комбинированный иммунодефицит с аутосомно-рецессивным типом наследования развивается в результате дефицита регулятора цитогенеза (белка DOCK8), характеризуется гиперпродукцией IgE, тяжелой пищевой аллергией, атопическим дерматитом, бронхиальной астмой, высокой восприимчивостью к вирусным, бактериальным, грибковым инфекциям, аутоиммунным заболеваниям, злокачественным новообразованиям. Белок DOCK8 оказывает влияние на клеточную морфологию, миграцию, различные сигнальные пути и транспорт белка в лимфоцитах, играет важную роль в осуществлении функций врожденного и адаптивного иммунитета.

Цель исследования. Представить описание случая врожденного иммунодефицита (дефицита регулятора цитогенеза, белка DOCK8).

Пациенты и методы. Представляем описание случая дефицита DOCK8, подтвержденного молекулярно-генетическим методом.

Результаты. Пациент М., мальчик, рожденный от близкородственного брака, с 4 мес страдал тяжелым, рецидивирующим атопическим дерматитом, в первые месяцы заболевания локализованным в паховой области, со второго полугодия жизни — распространенным, осложняющимся инфицированием, абсцедированием, плохо отвечавшим на стандартную терапию. В возрасте до 3 лет — рецидивирующие острые респираторные заболевания с синдромом бронхиальной обструкции, абсцессы мягких тканей, гнойный лимфаденит, панариций, пневмония, отит. В 2,5 года развилось тяжелое распространенное поражение кожи контактиозным моллюском, в лабораторных данных выявлена гиперэозинофилия (65%), гиперпродукция IgE до 6216 Ед/мл, диагностировано значительное снижение экспрессии белка DOCK8 лимфоцитами. При молекулярно-генетическом исследовании методом мультиплексной полимеразной цепной реакции обнаружена делеция в гене *DOCK8*, включающая экзоны с 6-го по 25-й (chr9p24.3:302060-386850) в гомозиготном состоянии. На трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК), единственного эффективного метода лечения дефицита DOCK8, после установления диагноза у пациента в возрасте 3 лет, согласие родителей ребенка получено не было. До 4,5 лет жизни у ребенка сохранялось тяжелое течение атопического дерматита, бактериальных, вирусных инфекций, ребенок получал комплексную терапию. В возрасте 4,5 года ребенок погиб от менингоэнцефалита.

Заключение. Диагностика дефицита DOCK8 в раннем возрасте может быть трудной из-за неспецифичности первых симптомов, таких как атопический дерматит. Заподозрив врожденный иммунодефицит у пациента с тяжелым, упорным течением атопического дерматита в сочетании с другими признаками атопии и повторными вирусными и бактериальными инфекциями, возможно проведение молекулярно-генетического исследования в ранние сроки, проведение ТГСК до начала тяжелых осложнений. Для пациентов с дефицитом DOCK8 характерно снижение показателей TREC/KREC, используемых при проведении расширенного неонатального скрининга на врожденные дефекты иммунной системы, что позволяет включить новорожденных с низкими значениями этих показателей в группу риска по врожденным дефектам иммунной системы, в том числе дефицита DOCK8.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ КАТАМНЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Симченко А.В.

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

Актуальность. Для детей, рожденных недоношенными, существует закономерный разрыв между их соматическим развитием и нервно-психическим развитием, что скрывает полное влияние понимания недоношенности на благополучие ребенка в течение времени. Настоящий раскол ограничивает возможности для разработки и применения дополнительных вмешательств, направленных на улучшение результата.

Для эффективной оптимизации оказания помощи с целью сохранения здоровья и развития недоношенных детей, а также для обеспечения наилучших результатов в их долгосрочном прогнозе необходим междисциплинарный и комплексный подход.

Цель исследования. Анализ логистической структуры разнообразных моделей организации катамнеза в различных странах мира, который позволил сформировать в здравоохранении Республики Беларусь новый подход оказания помощи при последующем наблюдении, удовлетворяющий индивидуальным потребностям.

Пациенты и методы. В Республике Беларусь катамнестическим наблюдением охвачены все недоношенные младенцы. Динамическое наблюдение осуществляется в кабинетах катамнеза областных больниц и в Республиканском центре катамнеза, помощь детям оказывается до 3-летнего возраста (для детей с экстремальной и очень низкой массой тела — до 6 лет). Цель создания отделений «последующего наблюдения» или отделений/кабинетов катамнестического наблюдения состоит в индивидуализации подходов к недоношенному ребенку, снижении тяжести последствий перенесенной неонатальной патологии и уменьшении частоты инвалидизирующих расстройств. За период 2022–2023 гг. помощь в кабинетах катамнеза получили более 5,5 тыс. недоношенных детей. С целью снижения рисков нарушений развития все недоношенные дети направляются и получают помощь в центрах раннего вмешательства, где специалистами междисциплинарной команды составляется индивидуальный профиль развития ребенка и разрабатывается индивидуальная программа ранней помощи, обеспечивается психологическая поддержка и сопровождение семьи. Своевременное, комплексное и непрерывное восстановительное лечение и абилитация недоношенных детей с перинатальным повреждением нервной системы демонстрирует высокую эффективность.

Результаты. Синтез медицинской, психолого-педагогической и социальной моделей в единую стратегию абилитации является современным методологическим концептом, направленным на максимальную активацию ресурсов нейропластичности, стимулирование психоневрологического развития недоношенных детей и минимизацию последствий недоношенности.

Заключение. Перспективы развития службы катамнеза в Республике Беларусь сосредоточены на оптимизации действующей модели катамнестического наблюдения с учетом интеграции службы раннего вмешательства; изучение влияния социальных факторов на здоровье недоношенных детей; разработку программ поддержки для семей, воспитывающих преждевременно рожденных детей, разработку стандартов диспансерного наблюдения, лечения и абилитации, которые помогут улучшить качество жизни указанной категории пациентов и их семей.

ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сиротина А.Д.^{1, 2}, Пак С.П.², Рудьман А.Г.², Барзунова Т.В.¹,
Съемщикова Ю.П.¹

¹ ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Иркутск, Российская Федерация

² ГБУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница»,
Иркутск, Российская Федерация

Актуальность. Одной из самых сложных задач в педиатрии является диагностика редкого заболевания. Х-аденолейкодистрофия — пероксисомальное заболевание; в его основе — накопление насыщенных жирных кислот с очень длинной цепью преимущественно в тканях центральной нервной системы и коры надпочечников.

Цель исследования. Обмен опытом диагностики Х-сцепленной аденолейкодистрофии, повышение осведомленности врачей в части знаний о необходимости раннего выявления, своевременной диагностики и лечения заболевания.

Пациенты и методы. Мальчик, 7 лет, поступил в психоневрологическое отделение ГБУЗ ИГОДКБ г. Иркутска с жалобами на поперхивание, нарушение походки, потерю зрения, нарушение функции тазовых органов, «грязные» колени и локти. Проведено обследование, включая МРТ головного мозга, тандемную масс-спектрометрию крови на активность лизосомных ферментов, определение концентрации очень длинноцепочечных жирных кислот, молекулярно-генетическое обследование методом массового параллельного секвенирования.

Результаты. Ретроспективный анализ позволяет отнести дебют болезни к 3 годам, когда впервые появилась стойкая пигментация кожи коленных и локтевых суставов. Данный симптом был необычен, беспокоил родителей, однако на амбулаторном этапе это не было интерпретировано, хотя уже требовало исключения недостаточности коры надпочечников.

При обследовании были выявлены снижение уровня кортизола (4,49 нмоль/л), повышение АКГГ (163 пг/мл), что в сочетании с прогрессирующим неврологическим дефицитом позволило заподозрить диагноз Х-сцепленной аденолейкодистрофии.

Диагноз был подтвержден: определено повышение концентрации очень длинноцепочечных жирных кислот в плазме крови, обнаружен патогенный вариант нуклеотидной последовательности в экзоне 1 гена *ABCD1* (chrX:152991517G > A) в гемизиготном состоянии.

Современным способом терапии является аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, позволяющая стабилизировать прогрессирование церебральных нарушений. За период наблюдения и назначенной заместительной терапии надпочечниковой недостаточности состояние пациента с отрицательной динамикой, прогноз для жизни неблагоприятен.

Заключение. Данное заболевание было установлено уже на позднем этапе, и проведение аллогенной трансплантации гемопоэтическими стволовыми клетками было нецелесообразным. Таким образом, внимание к «незначимым» жалобам (в данном случае — локальная гиперпигментация кожи локтевых и коленных суставов), знание клинических проявлений надпочечниковой недостаточности, «орфанная» настороженность позволяют осуществить правильный диагностический поиск, назначить своевременное лечение и предотвратить летальный исход.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Сиротченко Т.А., Караманешта М.М.

*ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки» Минздрава России, Луганск,
Луганская Народная Республика*

Актуальность. В выявлении сахарного диабета 1-го типа (СД 1) важная роль принадлежит участковому педиатру. Наличие знаний врача амбулаторного звена о ранних проявлениях СД 1 для своевременного обращения за специализированной помощью является чрезвычайно важным. В Луганской Народной Республике (ЛНР) количество детей, больных сахарным диабетом этого типа, постоянно растет. Данная проблема решается в ЛНР в рамках Федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом» путем дополнительного обучения участковых врачей-педиатров.

Цель исследования. Оценка физического развития детей с впервые выявленным СД 1 и наиболее часто встречаемых жалоб, предшествующих СД 1.

Пациенты и методы. На данный момент в региональном регистре зарегистрировано 377 человек с СД 1, причем резкий рост заболеваемости за последние 3 года наблюдается в возрастной когорте от 3 до 6 лет. В 2023 г. количество случаев впервые выявленного СД 1 среди младших школьников (6–9 лет) практически совпало с количеством впервые выявленных случаев СД 1 у подростков.

Результаты. Среди младших школьников с СД 1 избыточную массу тела имели 34,5%, конституциональное ожирение — 2,4%, сниженную массу — 20,1%. У половины подростков с СД 1 (50,9%) масса тела соответствовала возрастной норме, у 34,2% она была избыточной, ожирение регистрировалось у 6,4%, сниженная масса тела — у 8,5%. Большинство пациентов с ожирением (54,2%) и практически все пациенты со сниженной массой тела (87,3%) были из семей категории высокого социального риска. Таким образом, избыточный вес, чаще характерный для СД 2, достаточно часто встречается у пациентов с впервые выявленным СД 1.

Относительно ростовых показателей выявлено, что их соотношение в когорте подростков с СД 1 находится в пропорции 1 : 1 : 3 (показатели роста соответствуют возрастной норме — рост выше среднего: 5–6-центильный коридор — рост низкий и ниже среднего: 1–3-центильный коридор соответственно). В группе младших школьников средние показатели роста отмечены у 46,2%, но у большинства наблюдаемых они сочетались с избыточной массой тела.

Основными клиническими признаками СД 1 остаются полиурия, полидипсия, потеря массы тела, повышение аппетита, длительное заживление ран, снижение тургора кожи. У 2/3 пациентов с СД 1 в медицинской документации амбулаторного звена есть информация об атопическом дерматите. Анализ этой информации выявил, что данный диагноз у 67,4% пациентов не подтверждался наличием зуда, ранним началом заболевания, отягощенным аллерго- и семейным анамнезом, а обосновывался наличием синдрома сухой кожи, гиперемией кожных покровов лица, что может быть связано с основным заболеванием (СД 1).

Заключение. Наличие достаточно большой когорты пациентов с избыточной массой тела/ожирением требует внимания со стороны педиатров с целью своевременной диагностики впервые выявленного СД 1. Врачам первичного звена также необходимо обращать внимание на кожные проявления СД 1, которые могут возникать достаточно рано, но скрываться под маской атопического дерматита.

ОСОБЕННОСТИ ФОЛАТНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Скударнов Е.В., Лобанов Ю.Ф., Санина О.О., Строзенко Л.А., Пономарёв В.С.

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

Актуальность. Нарушения в работе фолатного цикла может приводить к повышению уровня гомоцистеина в плазме крови, что способствует развитию гиперкоагуляции и угнетению антикоагулянтных механизмов в системе гемостаза. Эта проблема не до конца изучена и очень актуальна в педиатрической практике.

Цель исследования. Установить особенности фолатного обмена у детей с проявлением геморрагического синдрома.

Пациенты и методы. В исследование было включено 92 ребенка с проявлением геморрагического синдрома и 115 детей без признаков кровоточивости. Все дети были сопоставимы по полу и возрасту. Проведено генетическое исследование 4-х полиморфных вариантов генов ферментов фолатного цикла: MTHFR C677T, MTHFR A1298C, MTRR A66G. Данное исследование проведено при помощи аллель-специфической ПЦР с использованием конкурирующих TagMan-зондов. Определение уровня гомоцистеина и витаминов группы В (В6, В9, В12) осуществляли при помощи ИФА.

Результаты. Рассмотрение SNP в генах, регулирующих фолатный обмен у детей в исследуемых группах, показало, что редкий аллель 66 GG MTRR у здоровых детей регистрировался статистически значимо чаще (42,0%), чем у детей исследуемой группы (19,6%) ($p = 0,006$). Уровень гомоцистеина у детей с геморрагическим синдромом составил 10,62 мкмоль/л, а у детей группы сравнения — 6,43 мкмоль/л ($p < 0,001$). Средняя величина уровня фолатов у детей в группе с наличием кровоточивости составила 2,51 нг/мл, а в контрольной группе среднее содержание фолатов равнялось 3,75 нг/мл ($p = 0,011$). В 1-й группе детей низкий уровень фолиевой кислоты был выявлен у 82 (88,9%) обследуемых, а во 2-й группе — у 29 (25%) пациентов ($p = 0,001$). Содержание витаминов В6 и В12 в плазме крови у обследованных двух групп было на уровне нормальных значений и статистически значимых различий не имело ($p > 0,05$). Расчет коэффициента корреляции между уровнем фолиевой кислоты и уровнем гомоцистеина составил (-0,5369). Результаты свидетельствуют о том, что корреляция сильная и обратная, т.е. чем ниже уровень фолиевой кислоты, тем уровень гомоцистеина значимо выше.

Заключение. Изучение распространенности SNP в генах, регулирующих фолатный обмен, показало, что у детей без проявлений кровоточивости чаще встречается редкий аллель 66 GG MTRR ($p < 0,05$). В группе детей с проявлением геморрагического синдрома отмечается повышение гомоцистеина и снижение уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови, что требует проведения терапии препаратами фолиевой кислоты для предотвращения развития тромботических событий.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Соболева Л.П.¹, Горбунова Е.А.², Устинова Н.В.^{1, 2}, Басова А.Я.¹

¹ ГБУЗ города Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

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

Актуальность. Научные исследования последних лет в области аутизма обозначили необходимость изменения подходов к медико-социальному сопровождению детей с расстройством аутистического спектра (РАС). Выявление проблем и барьеров в организации и оказании медицинской помощи детям с РАС необходимо для повышения эффективности ведения пациентов с аутизмом.

Цель исследования. Определить проблемы диагностики и медико-социального сопровождения детей с РАС на основании анализа опроса родителей детей с аутизмом.

Пациенты и методы. Проведено социологическое исследование с применением метода формализованного интервью с последующим количественным и качественным анализом данных с использованием стандартного пакета статистических программ StatSoft. Были опрошены родители 20 детей от 3 до 11 лет (средний возраст $6,3 \pm 2,15$ года), проходивших лечение в НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой, в том числе 16 (80%) мальчиков и 4 (20%) девочки.

Результаты. Среди участников исследования большинство — женщины, мамы ребенка с аутизмом (94,1%). Большинство опрошенных родителей обоих полов находились в возрастной категории от 31 до 45 лет (64,7%), молодые родители (от 20 до 30 лет) — чуть меньше трети опрошенных и 5,9% респондентов были старше 46 лет. Большая часть участников проживают в Москве — 76%, и по 12% составили респонденты из Московской области и других регионов. При оценке данных опроса было выявлено, что первые симптомы большинство родителей отмечали к 2,5 годам; средний возраст постановки диагноза составил 4 года. Диагноз расстройства аутистического спектра устанавливался в среднем за 1 год. Большинство респондентов оценивают финансовую доступность медицинских услуг в государственных учреждениях достоверно выше, но отмечают длительный период ожидания приема психиатра, что заставляет обращаться к специалистам в частных учреждениях. Более половины респондентов удовлетворены качеством диагностики в государственных учреждениях.

Следует отметить, что анкета для скрининга риска развития аутизма в детской поликлинике не предлагалась в 90% случаев. Причем 20% респондентов сообщили, что на задержку психоречевого развития ребенка обратил внимание и направил к психиатру участковый педиатр.

Заключение. Государственные учреждения предоставляют доступные услуги по диагностике и медицинскому сопровождению детей с РАС, но требуется значительный период ожидания приема психиатра, что приводит к задержке в установлении диагноза. Скрининговая анкета на выявление группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития с последующим направлением к психиатру педиатрами используются крайне редко, несмотря на указание о необходимости проведения этой процедуры в приказе Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». Выявленные барьеры и проблемы для диагностики нарушений психического развития и последующей маршрутизации пациентов могут снижать эффективность оказания медико-социальной помощи детям с РАС.

АНАЛИЗ МАРКЕРНОГО ПРОФИЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Сон Т.Р., Иноятова Ф.И.

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

Актуальность. 350–400 млн человек являются хроническими носителями поверхностного антигена *HBV-HBsAg*. Разработка маркерных профилей ХГВ у детей с кардиальной патологией позволяет своевременно выявлять возможные осложнения и улучшить прогноз основного заболевания.

Цель исследования. Анализ маркерного профиля хронического гепатита В у детей с сопутствующей кардиальной патологией.

Пациенты и методы. Обследовано 96 детей в возрасте 5–18 лет больных ХГВ. Верификацию *HBV* проводили методами ИФА и ПЦР. Оценка структурно-функционального состояния сердца осуществлялась на основании ЭКГ и ЭхоКГ. Кардиальные нарушения были выявлены у 61 ребенка (63,5%) — 1-я группа; 2-ю группу составили 35 детей с ХГВ без кардиальной патологии (36,5%).

Результаты. В ходе исследования маркерный профиль ХГВ характеризовался обнаружением *HBsAg* у более половины больных (60,7%) с кардиальной патологией и 51,3% больных без кардиальной патологии ($p > 0,05$). Антитела к *HBsAg* почти в 5 раз чаще отмечались среди детей без кардиальных нарушений (25,3% против 5,2% детей 1-й группы, $p < 0,001$). Выявление маркера, свидетельствующего о высокой инфицированности *HBeAg*, превалировало у больных с кардиальной патологией (82,9% против 62,4% детей 2-й группы, $p < 0,05$). При этом *HbeAb* отмечались у 13,2% больных 1-й группы, что было в 1,9 раза реже, чем у больных 2-й группы — 24,8% ($p < 0,01$). *HBcorAb total* определялись у большинства больных исследуемых групп с большей выраженностью среди детей 1-й группы (92,7 и 81,3% соответственно, $p > 0,05$). Маркер активной репликации *HBV-DNA* обнаруживался у 96,3% детей с кардиальной патологией с вариациями числа копий в пределах 106–108 копий/мл и у 42,6% детей без кардиальной патологии с вариациями числа копий в пределах 104–105 копий/мл ($p < 0,001$).

Заключение. Полученные результаты позволяют сделать вывод о непосредственной взаимосвязи сопутствующей кардиальной патологии с предрасположенностью развития и формирования тяжести течения хронического гепатита В у детей.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Соннов В.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Минздрава России, Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность. Многообразие причинных факторов аппендицита у детей обуславливает поиск рациональных схем антибактериальной терапии его деструктивных форм.

Цель исследования. Определить эффективность разработанной терапии деструктивных форм аппендицита у детей (ДФА), вызванных *Escherichia coli* в сочетании с *Serratia marcescens* и/или *Pseudomonas aeruginosa*.

Пациенты и методы. Для лечения 32 детей в послеоперационном периоде парентерально использовался цефтриаксон в дозе 75 мг/кг/сут в сочетании с орнидазолом в дозе 25 мг/кг/сут. Для контроля служила группа из 30 детей с ДФА, получавших цефтриаксон в дозе 75 мг/кг/сут и метронидазол 25 мг/кг/сут.

Результаты. В послеоперационном периоде болевой синдром, симптомы интоксикации и пассаж по желудочно-кишечному тракту у детей контрольной группы купировались на 5,8 сут лечения, а у детей основной группы — на 3,6 день.

Средние сроки стационарного лечения детей основной группы составили 6,2 дня, а детей контрольной группы — 9,1 дня.

В послеоперационном периоде болевой синдром, симптомы интоксикации и пассаж по желудочно-кишечному тракту у детей контрольной группы купировались на 5,8 сут лечения, а у детей основной группы — на 3,6 день. Средние сроки стационарного лечения детей основной группы составили 6,2 дня, а детей контрольной группы — 9,1 дня.

Заключение. Использование комплекса цефтриаксона в сочетании с орнидазолом позволяет уменьшить сроки лечения детей при ДФА по сравнению с детьми, получающими комплекс цефтриаксона с метронидазолом.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА RS9939609 ГЕНА *FTO* С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНИ

Сорокина Е.Ю.¹, Шилина Н.М.¹, Джумагазиев А.А.², Отто Н.Ю.²,
Сосиновская Е.В.², Филипчук А.В.², Безруков Т.Д.²

¹ ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии»,
Москва, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Астрахань, Российская Федерация

Актуальность. Ожирение у детей, в развитие которого существенный вклад вносит генетический фактор, является серьезной проблемой во всем мире. Наиболее часто с риском развития ожирения ассоциирован полиморфизм rs9939609 гена *FTO*, кодирующего белок, вовлеченный в энергетический обмен.

Цель исследования. Изучить связи полиморфизма rs9939609 гена *FTO* с избыточной массой тела и ожирением у детей дошкольного и школьного возраста, проживающих в г. Астрахани.

Пациенты и методы. Обследованы 130 детей, медиана возраста 13 [6,3; 17,11] лет. Связь генетического полиморфизма с ожирением проведена по типу «случай/контроль». В обе группы были отобраны дети из семей коренных астраханцев. Оценка антропометрических показателей проведена по рекомендациям ВОЗ с учетом пола и возраста детей. ДНК выделяли из Buccalного эпителия стандартным методом. Генотипирование осуществляли с применением аллель-специфичной амплификации. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программ SPSS 23.

Результаты. Частота встречаемости аллеля А полиморфизма rs9939609 гена *FTO* суммарно в обеих группах детей из Астрахани составила 39,5%, что соответствует величине этого показателя в европейских популяциях (41,0%). Частота встречаемости аллеля А изучаемого полиморфизма среди детей с избыточной массой тела и ожирением составила 46,7%, что на 14,5% выше, чем в группе сравнения, где величина этого показателя 32,2%. Результаты мультипликативной модели наследования указывают на то, что шанс развития ожирения у носителей аллеля А выше: ОШ = 1,85; ДИ: 1,12–3,06 при $p = 0,02$. Это подтверждает ранее полученные данные о связи аллеля А полиморфизма rs9939609 гена *FTO* с ожирением.

Заключение. Показана статистически достоверная ассоциация аллеля А полиморфизма rs9939609 (ген *FTO*) с избыточной массой тела и ожирением у детей из семей коренных астраханцев. Подтверждается связь аллеля А изучаемого полиморфизма с развитием ожирения у детей, что характерно для детей в европейских популяциях. Данные по контрольной группе могут стать основой для оценки частоты генотипов (аллелей rs9939609 гена *FTO*) у детей Астраханского региона с нормальной массой тела.

СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАНГИОМЫ ШЕИ У ДЕВОЧКИ 1,5 ЛЕТ

Сучкова Л.А., Канюшкина Д.О., Седунов В.В.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

Актуальность. Лимфангиома представляет собой врожденное доброкачественное сосудистое новообразование, состоящее из множества кист различных размеров. Распространенность лимфангиом у новорожденных и детей раннего возраста составляет 1 на 60 тыс.

Цель исследования. Демонстрация клинического случая лимфангиомы шеи у девочки 1,5 лет.

Пациенты и методы. Пациентка в возрасте 1 года 6 мес находилась на обследовании и лечении в Израиле в детском медицинском центре «Шнайдер» (ДМЦ «Шнайдер»), ГБУЗ «Детская городская клиническая больница святого Владимира» в Москве (ДГКБ св. Владимира). Проанализированы данные объективного осмотра и параклинических методов обследования. Были использованы карта развития ребенка (форма № 112/у), выписные эпикризы предыдущих госпитализаций.

Результаты. В феврале 2024 г. пациентка Е. обратилась к педиатру по месту жительства (г. Тверь) с жалобами на припухлость на шее слева, без затруднений дыхания или глотания. На УЗИ в верхнем средостении слева (над вилочковой железой) с распространением на шею определялось многокамерное жидкостное образование размерами 45 × 17 × 44 мм с гомогенным содержимым. Спустя месяц образование увеличилось в размерах до 58,1 × 31,4 × 42,2 мм. Пациентка была направлена в ДГКБ св. Владимира, где ей было выполнено введение и склерозирование новообразования раствором Bleomycin. После введения препарата улучшения не было. Через 2 мес в ДМЦ «Шнайдер» проведена повторная склероэмболизация препаратом Bleomycin. Спустя 4 мес после операции была проведена МРТ грудной клетки под анестезией, определена лимфангиома, уменьшившаяся в размере по сравнению с предыдущим исследованием. По последнему заключению отоларинголога определена почти полная регрессия образования. Можно продолжать наблюдение посредством УЗИ шеи один раз в полгода, прием по мере необходимости.

Заключение. В представленном клиническом случае первая процедура склерозирования оказалась недостаточно эффективной и потребовала дополнительной операции. Однако вторая склероэмболизация позволила достичь положительной динамики и сделать прогноз о тенденции к полной регрессии образования. В данном случае подчеркнута важность своевременного выявления новообразований шеи врачом-педиатром с целью определения корректной тактики лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПОКАЗАТЕЛЯМИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ ПО МЕТОДИКЕ В.Ф. БАЗАРНОГО

Тананакина Т.П., Безкаравайный Б.А., Лысенко Е.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки» Минздрава России, Луганск,
Луганская Народная Республика

Актуальность. Начиная обучение в 1 классе школы, дети сталкиваются с адаптивным стрессом, что приводит к снижению уровня напряжения регуляторных процессов и функционального состояния организма ребенка. Возникает потенциальная возможность развития соматической патологии и нарушений в психоэмоциональной сфере.

Цель исследования. Оценить динамику показателей адаптации младших школьников в условиях реализации здоровьесформирующей образовательной технологии В.Ф. Базарного в течение 3 лет.

Пациенты и методы. На протяжении 2017–2020 гг. в начале и конце каждого учебного года обследовано 93 школьника (7–11 лет): 45 девочек (Д) и 48 мальчиков (М). Согласие от родителей получено. Функциональное состояние (ФС) детей оценивали по значениям расчетного индекса адаптационного потенциала (АП) сердечно-сосудистой системы (по Р.М. Баевскому). Статистический анализ данных проводили в программах Microsoft Excel и Statistica.

Результаты. В начале обучения в 1 классе доля М (30–62%) с напряженным уровнем адаптации (НА) была выше, чем Д (15–33%), в конце учебного года их число увеличилось: М — 38 (79%), Д — 25 (55%). В начале обучения во 2 классе число детей с НА уменьшилось: М — 18 (38%); Д — 15 (34%). К концу учебного года НА была выявлена только у 10 М (20%) и 5 Д (12%). В 3 классе доля детей с НА составляла 34% (16) у М в начале учебного года и 20% (10) в конце, у Д соответственно 14% (6) и 16% (7).

В 1 классе доля мальчиков с НА была статистически значимо ($p \leq 0,05$) выше, чем доля Д, к концу учебного года доля М с НА увеличилась в 1,2 раза, а Д — в 1,6 раза, что может указывать на влияние адаптационного школьного стресса и особенности возрастных физиологических процессов организма М. К концу обучения в 3 классе число М с НА снизилось в 5 раз, а Д — в 2 раза и статистически значимо не отличалось. Очевидно, что у обследованных детей нормализуется уровень напряженности адаптационных возможностей.

Заключение. Внедрение здоровьесберегающей технологии В.Ф. Базарного в обучающий процесс позволило снизить долю обучающихся с напряженным уровнем адаптационных возможностей как среди мальчиков, так и среди девочек. Полученные данные служат основанием для более широкого внедрения этой технологии в обучающий процесс начиная с младшей школы.

СВЯЗЬ УРОВНЯ ТОКОФЕРОЛА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ С КЛЕТОЧНЫМ ИММУНИТЕТОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ

Турабидинова Г.А.¹, Турдиева Ш.Т.²

¹ Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Республика Узбекистан

² Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Одной из актуальных проблем перинатологии остается высокая встречаемость внутриутробной пневмонии (ВУП) у новорожденных, при этом смертность достигает 70% в зависимости от региона проживания. Несмотря на множество научных исследований, вопрос о влиянии токоферола на функционирование иммунной системы детей остается открытым.

Цель исследования. Изучить влияние дисбаланса α -токоферола в сыворотке крови у доношенных новорожденных с ВУП на клеточный иммунитет.

Пациенты и методы. Исследование проводилось среди 84 доношенных новорожденных с гестационным возрастом 36–42 нед обоих полов, среди них младенцы с ВУП составили $n = 64$, остальные $n = 20$ практически здоровые новорожденные аналогичного гестационного возраста вошли в контрольную группу. Исследование состояния общего уровня α -токоферола в сыворотке крови проводили методом ВЭЖХ-МС (высокоэффективная жидкостная хроматография с масс-селективным детектированием). Первоначально забор крови осуществлялся в родильном зале (пуповинная венозная кровь), на 3-и и 6-е сут жизни брали кровь из периферической вены. Проводилось исследование клеточного иммунитета по методике иммунофенотипирования (CD3+, CD4+, CD8+, CD19, CD20, CD4/CD8).

Результаты. Как показали исследования, у доношенных новорожденных с ВУП на 3-и сут жизни содержание α -токоферола в сыворотке крови варьировалось от 5,1 до 7,3 мкмоль/л ($6,4 \pm 1,08$ мкмоль/л), что по отношению к контрольной группе в среднем на 32,4% ниже, и данные менялись в зависимости от тяжести патологии. В частности, наиболее низкое содержание α -токоферола в сыворотке крови отмечали у пациентов с дыхательной недостаточностью III степени (до 52,3%).

Как показали иммунологические исследования, у доношенных здоровых новорожденных CD3+ в пуповинной крови варьировал от 3702 до 4236 Ме ($3972,8 \pm 148,22$), но на 3-и сут жизни в венозной крови данный показатель увеличился до среднего показателя: $4387,7 \pm 211,98$ Ме. Аналогичные изменения отмечали и в показателях других субпопуляций клеточного иммунитета, что можно характеризовать как ответная реакция организма новорожденного на внеутробный адаптационный период. У детей с ВУП данные показатели отличались изначально высоким уровнем по отношению к контрольной группе детей в среднем на 18,3%, с последующим снижением в зависимости от тяжести патологии до 36,8%.

Заключение. Одной из наиболее важных функций α -токоферола является его антиоксидантная способность, благодаря которой он защищает полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) в мембранах, липопротеинах и внутриклеточных липидных каплях от окисления. Свободные радикалы атакуют двойные связи ПНЖК клеточных фосфолипидов, вызывая необратимое повреждение клеточной мембраны, что в конечном итоге приводит к гибели клетки. У новорожденных с внутриутробным инфицированием отмечается усиление разрушения клеточных мембран за счет активизации окислительного процесса; врожденный дефицит токоферола усугубляет данное состояние и требует коррекции, поскольку дефицит токоферола у детей с ВУП усугубляет дисбаланс клеточного иммунитета с последующим усугублением клинического проявления патологии.

ПРЕВАЛИРУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Турдиева Ш.Т., Насирова Г.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,
Республика Узбекистан

Актуальность. Проблема ранней диагностики, лечения и профилактики хронической патологии органов гастродуоденальной зоны у детей является одним из приоритетных направлений современной детской гастроэнтерологии. Это связано с ежегодным увеличением численности данных пациентов детского и подросткового возраста на фоне омоложения некоторых клинических форм патологии (Tang Q. et al., 2024).

Цель исследования. Анализ наиболее часто встречаемых клинических признаков хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП) у детей в современных условиях.

Пациенты и методы. Обследованы 127 детей от 5 до 12 лет с ХГДП. Одновременно вместе со сбором анамнестических данных проводили: эзофагогастродуоденоскопию, рН-метрию, стандартные клиничко-лабораторные (развернутый анализ крови, мочи, копрология) исследования. Исследование на носительство *Helicobacter pylori* (НР) проводилось путем дыхательного теста и иммунохроматографическим тестом кала.

Результаты. В ходе исследования определены основные клинические проявления ХГДП у детей: диспепсический синдром — 98,4% (125/127), признаки вегетосудистой дисфункции — 90,6% (115/127), периодический абдоминальный болевой синдром — 89,8% (114/127) на фоне объективных признаков анемии — 88,2% (112/127). Среди синдромов вегетосудистой дисфункции: снижение аппетита — 94,8% (109/115), быстрая утомляемость — 75,7% (87/115), периодические головные боли — 61,7% (71/115). По словам родителей, у 59,1% (68/115) детей отмечали нарушение сна, в связи с чем обращались к невропатологу и получали симптоматическую терапию. При анализировании диспепсических нарушений главными симптомами были: неустойчивый стул — 93,6% (117/125), в связи с чем 21,6% (27/125) детей первоначально ставили диагноз «Функциональное нарушение пищеварения», но после проведения клиничко-лабораторных исследований была подтверждена ХГДП. Одновременно у детей с диспепсическим синдромом отмечали периодическую тошноту — 52,8% (66/125), в основном в первой половине дня, отрыжку — 45,6% (57/125), ощущение тяжести в эпигастральной зоне в зависимости от приема пищи — 39,2% (49/125). Как показали исследования, проявление клинических признаков ХГДП усиливалось с возрастом больного и имело прямую корреляционную связь с клинической формой ХГДП. В частности, у детей клинические симптомы были более выражены при хроническом гастрите и менее — при язвенных поражениях, но с возрастом данное соотношение менялось. Одновременно у 68,5% (87/127) детей диагностировано НР-носительство, что указывает на необходимость эрадикационной терапии.

Заключение. Для детей с ХГДП более характерны диспепсические нарушения (98,4%) на фоне вегетосудистой дисфункции (90,6%) и клинического проявления анемии (88,2%). В связи с этим все дети с клиническими признаками анемии должны пройти консультацию у детского гастроэнтеролога для исключения хеликобактериоза.



СОСТОЯНИЕ УРОБИОМА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Туров Ф.О.¹, Яцык С.П.², Крапивкин А.И.¹

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

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Исследование микробиома у детей с патологией мочевыводящих путей находится на начальном этапе. Одним из основных методов лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) является непрерывная антибиотикопрофилактика. Влияние антибактериальной терапии на состояние уробиома не изучалось.

Цель исследования. Изучить состояние микробиома мочевыделительной системы у детей с ПМР.

Пациенты и методы. У пятерых детей при выполнении цистографии был взят образец мочи с целью изучения состава уробиома. Метод бактериального исследования мочи имеет существенные ограничения с точки зрения обнаружения бактерий в моче. Использование гена *16S rRNA* для секвенирования отличается рядом особенностей. Высокопроизводительное секвенирование генетических маркеров, амплифицированных с помощью полимеразной цепной реакции, является чувствительным и экономически выгодным методом для оценки микробного состава мочи.

Результаты. У мальчиков уробиом преимущественно состоит из микроорганизмов рода *Peptoniphilus*, *Ezakiella*, *Sphingomonas*, *Ralstonia* и *Anaerococcus*. У девочек в уробиоме преобладали *Prevotella*, *Peptoniphilus*, *Anaerococcus*, *Ezakiella* и *Streptococcus*. Причем микроорганизмы рода *Anaerococcus* и *Prevotella* встречались значительно чаще у девочек, чем у мальчиков. Основным источником микробиома является внешняя среда и кишечник. Изучено изменение состава микробиома у детей раннего возраста с подтвержденным ПМР, которые получали консервативное лечение в виде непрерывной антибиотикопрофилактики. Отмечено, что эта группа детей склонна к высокому содержанию энтеробактерий, таких как *Klebsiella* и *Escherichia coli* spp., что представляет собой существенный риск обострения воспалительных заболеваний мочевыводящих путей.

Заключение. Изучение состава уробиома при ПМР имеет важное значение. Традиционной целью при лечении инфекции мочевыводящих путей является достижение стерильности мочи, что впоследствии может уничтожить полезные, защитные популяции микроорганизмов. Понимание взаимосвязи между микробиомом мочевыводящих путей и развитием хронической инфекции мочевыводящих путей у детей — важный шаг в разработке не только в лечении таких детей, но также в диагностических и прогностических целях.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Тхакушинова Н.Х., Гольберг Е.Н., Бевзенко О.В., Плетнева А.Е.

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

Актуальность. Вирусный гепатит С остается серьезной проблемой здравоохранения, он может стать причиной развития цирроза печени, гепатоцеллюлярной карциномы. Треть взрослых инфицируются в детстве, поэтому дети, не получившие противовирусную терапию, имеют высокий риск развития осложнений.

Цель исследования. Установить эффективность и безопасность лечения в Краснодарском крае детей с хроническим гепатитом С (ХГС) препаратами прямого противовирусного действия (ПППД): глекапревир/пибрентасвир (ГП + ПБ), велпатасвир/софосбувир (ВТ + СФ).

Пациенты и методы. В исследование были включены 98 детей с ХГС в возрасте от 3–17 лет, получавших лечение препаратами ГП + ПБ (курс 8 нед), ВТ + СФ (курс 12 нед). Для всех детей применялись молекулярно-генетический метод (ПЦР), биохимический анализ крови и инструментальные методы. Оценка стадии фиброза проводилась по шкале Метавир.

Результаты. Все дети были в удовлетворительном состоянии. В 88,8% случаев были дети школьного возраста. В 100% случаев обнаружен антиген вируса гепатита С. В 39,8% случаев наблюдали повышение показателей печеночных ферментов в 1,5–3 раза. Ни один ребенок до момента назначения ПППД не получал противовирусную терапию. Лечение проводилось в 78,3% случаев препаратом ГП + ПБ, в 21,7% — ВТ + СФ. Девочек (56%) было больше, чем мальчиков (44%). Преобладали дети с генотипами вируса гепатита С 1 (43%) и 3 (40%). В 59% случаев было выявлено заражение при передаче вируса от матери к ребенку, у которых в 81,0% случаев диагноз был установлен в раннем возрасте. Только в 5,1% случаев был определен путь заражения после оперативных вмешательств. В 100% случаев при проведении ультразвукового исследования печени обнаружены диффузные изменения паренхимы печени, в 25,5% — гепатомегалия. При проведении ультразвуковой эластографии печени в 86,7% случаев была установлена стадия F0 по шкале Метавир, в 13,3% случаев — F1.

После проведенного лечения проводились контрольная ПЦР-диагностика и биохимический анализ крови. В 100% случаев после лечения был получен отрицательный результат ПЦР-диагностики и отмечена нормализация биохимических показателей.

Заключение. Накопленный к настоящему времени опыт применения ПППД у пациентов с ХГС свидетельствует об их высокой вирусологической эффективности и хорошей переносимости. Последние достижения в разработке противовирусных препаратов, четкие и обоснованные рекомендации по показаниям и схемам их применения дают надежду абсолютному большинству детей с ХГС на излечение от этой инфекции. Поздняя постановка диагноза ХГС у детей позволяет рекомендовать введение широкого скрининга по выявлению ХГС у детей уже в раннем возрасте.



СОПУТСТВУЮЩАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Фатахова М.Т.¹, Куницына В.Г.¹, Рубинштейн П.А.²

*НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ
«РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, Москва,
Российская Федерация
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Расстройства аутистического спектра (РАС) — группа патологических состояний, сопровождающаяся задержкой в развитии социальных навыков. На сегодняшний день остается неизученной распространенность ЛОР-патологии, включая нарушения слуха, у детей с РАС.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости сопутствующих оториноларингологических заболеваний, в том числе тугоухости, у детей с РАС для своевременного проведения терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Пациенты и методы. Обследовано 82 пациента в возрасте от 1,5 до 17 лет ($M = 10 \pm 4,679$) с диагнозом «расстройства аутистического спектра», который был поставлен психиатром и верифицирован с помощью пересмотренного интервью для диагностики аутизма (ADI-R). Все пациенты прошли расширенное аудиологическое обследование и осмотр врача-оториноларинголога с проведением эндоскопического осмотра носоглотки.

Результаты. У пациентов, включенных в исследование, выявлены следующие оториноларингологические заболевания: гипертрофия аденоидов у 57 пациентов (70%), хронический отит у 9 (11%), хронический тонзиллит у 5 (6%), острый аденоидит у 4 (5%), тугоухость выявлена в 4 (5%) случаях, в 1 (1%) — расщелина мягкого нёба, в 1 (1%) — искривление носовой перегородки, в 1 (1%) — рецидивирующие носовые кровотечения.

Заключение. У детей с РАС отмечается высокая распространенность ЛОР-патологии, в том числе тугоухости, в связи с чем пациентам с подозрением на расстройства аутистического спектра может быть рекомендована консультация врача-сурдолога с проведением аудиологического обследования и врача-оториноларинголога с осмотром ЛОР-органов. Ранняя диагностика оториноларингологической патологии позволяет обеспечить своевременное начало терапевтических мероприятий для повышения качества жизни людей с РАС.

УЧАСТИЕ ВОЛОНТЕРОВ-МЕДИКОВ В ПОВЫШЕНИИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПОДРОСТКОВ 15–17 ЛЕТ О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ

Филькина О.М., Малышкина А.И., Кочерова О.Ю.

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

Актуальность. Репродуктивное здоровье подростков — важный ресурс демографических показателей в будущем. Основным фактором является их информированность. Важно активно выявлять фактические знания подростков и разрабатывать программы повышения их компетентности.

Цель исследования. Определить информированность подростков 15–17 лет о репродуктивном здоровье, разработать программу по повышению компетентности с учетом знаний, внедрить программу обучения волонтерами-медиками.

Пациенты и методы. Проведено анкетирование 244 подростков 15–17 лет (134 юноши и 110 девушек) 10–11 классов общеобразовательных школ г. Иваново. Проведены статистическая обработка и анализ полученных результатов. Разработана программа «Репродуктивное здоровье подростков». Создана система подготовки волонтеров-медиков (аспирантов и ординаторов института) специалистами института для участия в повышении информированности подростков по вопросам репродуктивного здоровья.

Результаты. Выявлена низкая компетентность подростков по вопросам формирования репродуктивного здоровья. Отсутствие системы информирования по данной теме существенно сдерживает снижение частоты нарушений репродуктивного здоровья. С учетом фактических знаний подростков с целью повышения их информированности разработана образовательная программа «Репродуктивное здоровье подростков» для информированности подростков и помощи в работе волонтерам-медикам. Волонтеры проходят обучение у специалистов института (психолог, педиатр, акушер-гинеколог), обеспечивающих их информационно-методическим материалом, оценивают качество информации. Материалы по теме содержат мотивирование на формирование репродуктивного здоровья, возможности управления им. Программа включает следующие проблемы: факторы риска нарушения репродуктивного здоровья, в том числе курение, алкоголь, интернет-зависимости, личная гигиена, профилактика беременности, инфекций, заболеваний репродуктивной сферы, правовые вопросы, влияние добрачных отношений на здоровье. Формы работы волонтеров — выходы в школы, проведение дистанционных вебинаров по интернету в реальном времени.

Заключение. Изучение фактических знаний по репродуктивному здоровью позволяет сформировать обучающую программу и повысить качество информирования. Созданная система подготовки волонтеров-медиков по вопросам репродуктивного здоровья повышает их профессиональную компетенцию. Волонтерская деятельность среди подростков помогает перевести на новый, более качественный уровень информированность подростков, осознанное, мотивированное управление своим репродуктивным здоровьем и влиять на его показатели.



ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАПУЩЕННЫХ СЛУЧАЕВ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Фисюн И.В., Кузнецова Т.А.

ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»,
Медицинский институт, Орёл, Российская Федерация

Актуальность. Несмотря на доступность современных эффективных методов диагностики и лечения железодефицитной анемии (ЖДА), нередко выявляются запущенные случаи ЖДА.

Цель исследования. Поиск причин позднего выявления тяжелых форм ЖДА у детей.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт (форма № 003/у) детей, госпитализированных в 2015–2024 гг. в единственное в Орловской области онкогематологическое отделение с ЖДА тяжелой степени. Оценивались данные анамнеза, методика верификации диагноза, длительность амбулаторного наблюдения до момента госпитализации, сроки начала и длительность терапии. Переменные сравнивались в зависимости от места проживания (город/село) по критерию хи-квадрат; различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Медиана возраста детей с ЖДА тяжелой степени ($n = 53$) составила 2,2 года (0,4–17,5 лет); соотношение городских/сельских жителей — 1 : 1,2. Более половины детей (62,3%, $n = 33$) уже на момент первичного обращения к педиатру страдали запущенной ЖДА тяжелой степени. У остальных ($n = 20$) ЖДА выявлена на ранних стадиях, однако каждому 5-му ребенку (21,1%, $n = 4$) участковый педиатр длительно (в среднем 2,5 мес) не назначал препараты железа, а каждому 3-му (35,0%, $n = 7$) — преждевременно их отменял; в каждом 4-м случае (25,0%, $n = 5$) лечение прервано родителями самостоятельно. Вне зависимости от территории проживания ($p = 0,905$) ни в одном случае диагноз ЖДА и эффективность терапии не были подтверждены амбулаторно определением сывороточного ферритина. Среди родителей пациентов с первично тяжелой ЖДА ($n = 33$) более половины (66,7%, $n = 22$) до ухудшения состояния не считали своего ребенка больным; остальные практиковали диетотерапию, не обращаясь к врачу.

Заключение. Ведущей причиной развития запущенных форм ЖДА у детей является низкая информированность родителей в отношении симптомов ЖДА и серьезности последствий в случаях ее прогрессирования. Соблюдение педиатрами клинических рекомендаций и просвещение родителей будет способствовать снижению распространенности ЖДА среди детского населения.

ИМИТАТОР ОПОРНОЙ НАГРУЗКИ — НОВЫЙ И ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЛОСКОСТОПИЕМ

Хан М.А.¹, Вахова Е.Л.^{1, 2}, Гоменюк Е.Ю.³, Саенко И.В.³

¹ ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины имени С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

² ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

³ ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

Актуальность. Широкая распространенность плоскостопия в структуре детской ортопедической патологии (до 50%), частота оперативных вмешательств (20%), риск осложнений и рецидивов (до 20%) определяют необходимость разработки новых технологий реабилитации и оценки ее эффективности.

Цель исследования. Научное обоснование применения современной технологии имитации опорной нагрузки подошвенной в программе медицинской реабилитации детей с плоскостопием.

Пациенты и методы. Клинический материал составили 40 детей с плоскостопием в возрасте от 7 до 17 лет. В основную группу вошли 20 детей, получавших стандартный комплекс лечебной гимнастики при плоскостопии и воздействие имитатора опорной нагрузки. В группу клинического сравнения было включено 20 детей, получавших стандартный комплекс лечебной гимнастики при плоскостопии.

Результаты. Клинические наблюдения и специальные методы исследования выявили уменьшение утомляемости у 71,4%, купирование болевого синдрома при физической нагрузке у 81,2% детей основной группы. По данным лазерной доплеровской флоуметрии, у 66,6% детей основной группы, получавших воздействие имитатора опорной нагрузки, установлено улучшение состояния тонуса микрососудов и венозного оттока. По данным оценки ортопедического статуса с применением системы оптической компьютерной топографии, установлено улучшение опорной, рессорной и балансирующей функций стоп, показателей подометрии у детей основной группы, равномерное распределение давления между стопами (100%), уменьшение давления на передние отделы стопы (70,0%). Отмечается также тенденция к снижению площади опоры стопы в статике, а также положительная динамика показателей стабилотрии — стабилизация общего центра давления и уменьшение площади статокинезиограммы у 66,6% детей. Анализ ходьбы продемонстрировал восстановление ритмичности и пространственных параметров, таких как высота подъема стопы. Кроме того, была выявлена тенденция к выравниванию симметрии между правой и левой конечностями в отдельных фазах цикла шага.

Заключение. Установлено благоприятное влияние опорной стимуляции на клинико-функциональные показатели детей основной группы, характеризующиеся статистически значимой более выраженной эффективностью (86,7%), чем в группе сравнения (53,3%, $p < 0,05$), что свидетельствует об эффективности метода и целесообразности его внедрения в программу медицинской реабилитации детей с плоскостопием.

СОВРЕМЕННЫЕ НЕЙРОРАЗВИВАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС

Хан М.А.¹, Дегтярева М.Г.^{2, 3}, Микитченко Н.А.¹, Трояновская Е.А.¹

¹ ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины имени С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

² ФGAOY BO «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет), Москва, Российская Федерация

³ ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

Актуальность. Перинатальное поражение центральной нервной системы (ПП ЦНС) является одним из наиболее серьезных вызовов в педиатрической неврологии, что обусловлено высокой распространенностью и риском формирования стойкого неврологического дефицита.

Цель исследования. Обоснование эффективности нейроразвивающих технологий в медицинской реабилитации детей с последствиями ПП ЦНС.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 92 ребенка в возрасте от 3 мес до 1 года с последствиями ПП ЦНС. Участники были разделены на 3 группы: основная группа (31 ребенок), получавшая сочетанное воздействие Войта-терапии и массажа; 1-я группа (30 детей), получавшая только Войта-терапию; 2-я группа (31 ребенок), получавшая массаж. Для оценки мышечно-постурального тонуса и рефлексов использовалась шкала INFANIB.

Результаты. Статистический анализ подтвердил динамику улучшения показателей по шкале INFANIB как в группе сочетанного воздействия, так и в группе, получавшей только Войта-терапию. Наибольшее улучшение наблюдалось в основной группе. Нормализация тонуса и рефлексов была зарегистрирована у 38,7% детей в основной группе, в группе Войта-терапии — 23,3%, в группе массажа — 3,2%.

По данным катамнеза, к 1 году жизни полное восстановление моторного развития было зарегистрировано у 60% детей из основной группы, что значительно превышает результаты в других группах: 20% у детей, получавших Войта-терапию, и 15% у детей, получавших массаж ($\chi^2 = 13,604$, $p = 0,009$).

Заключение. Результаты исследования подтвердили целесообразность сочетанного применения Войта-терапии и массажа при реабилитации детей с ПП ЦНС. Сочетанное воздействие этих методов приводит к более выраженному улучшению показателей мышечно-постурального тонуса и способствует более высокой вероятности полного восстановления моторного развития. Данное исследование открывает новые перспективы для научных исследований и практического применения в области медицинской реабилитации детей с ПП ЦНС.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Хан М.А.¹, Меновщикова Л.Б.², Лян Н.А.¹, Львова А.В.¹, Костомарова Е.А.²

¹ ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины имени С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

² ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

Актуальность. В последние годы в реабилитационной практике актуальным становится применение у детей экстракорпоральной магнитной стимуляции (ЭМС), которая обладает наибольшей биологической активностью и высокой чувствительностью по отношению к тканям организма.

Цель исследования. Научное обоснование использования ЭМС в медицинской реабилитации детей с нарушением эвакуаторной функции тазовых органов.

Пациенты и методы. Обследовано 42 ребенка с диагнозом «гиперактивный мочевого пузыря», 40 детей с хроническим запором, 55 детей с ночным энурезом, 20 детей с недержанием кала после аноректопластики. Из них 79 детей — основная группа, 78 детей — группа сравнения. Для проведения ЭМС использовался аппарат «Авантрон» на область тазового дна, последовательно 5 Гц в течение 5 с, далее 10 Гц в течение 5 с, пауза 5 с, общая продолжительность 14 мин, интенсивность подбиралась индивидуально от 30 до 50%, курсом 10 ежедневных процедур.

Результаты. У большинства детей с гиперактивным мочевым пузырем под воздействием ЭМС наблюдалось снижение числа императивных позывов и ургентного недержания мочи, сокращение частоты мочеиспусканий. У 60% детей с ночным энурезом обструктивный тип мочеиспускания изменился на нормальный, у 80% детей восстановились уродинамические показатели мочеиспускания. По данным ультразвукового исследования, у 65% детей отмечалось благоприятное влияние фактора на состояние мочевого пузыря.

На фоне лечения у детей с хроническим запором, по данным опросника PAC-SYM, уменьшились боли и вздутие живота, болезненное опорожнение кишечника и ощущение неполного опорожнения кишечника.

У детей, перенесших аноректопластику, курсовое воздействие физическим фактором привело к уменьшению нарушений дефекаций и выраженному приросту диаметра пуборектальной петли по данным УЗИ мышц тазового дна, что косвенно свидетельствует об улучшении резервуарной функции прямой кишки.

Заключение. Таким образом, ЭМС оказывает благоприятное влияние на частоту эпизодов недержания, увеличивает объем эффективных мочеиспусканий у детей с гиперактивным мочевым пузырем. При хроническом запоре ЭМС способствует улучшению характера и частоты стула, уменьшению диспепсических симптомов. У детей после аноректопластики ЭМС оказывает стимулирующее воздействие на запирательный отдел прямой кишки. Полученные результаты исследования свидетельствуют, что ЭМС целесообразно включать в реабилитационные программы детей с нарушением функций тазовых органов.

ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВЫРАЖЕННЫМ СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Харламова Н.В., Матвеева Е.А., Кулида Л.В., Панова И.А.

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

Актуальность. В последние десятилетия во всем мире отмечается устойчивая тенденция к увеличению числа рождений в сроке 34–36 нед гестации. Поздние недоношенные новорожденные имеют более высокие показатели заболеваемости как в неонатальном периоде, так и в долгосрочной перспективе, особенно родившиеся с синдромом задержки внутриутробного развития (ЗВУР). Выявление факторов риска рождения детей при сроке гестации 34–36 нед с выраженной ЗВУР является актуальной задачей для профилактики данных состояний.

Цель исследования. Уточнить клинические и плацентарные факторы риска рождения детей с выраженной ЗВУР при сроке гестации 34–36 нед.

Пациенты и методы. Проведены оценка данных акушерско-гинекологического анамнеза, течения настоящей беременности и родов (всего 118 факторов), а также морфологическое исследование структурных особенностей плацент (включающее макроскопическую диагностику, органометрию и обзорную гистологию) матерей у 68 детей, родившихся при сроке гестации 34–36 нед с выраженной ЗВУР с массой тела менее 1500 г. Для макроскопической оценки плацент проводился осмотр плаценты, определялись ее форма, количество долек, тип развития сосудов хориальной пластины, место прикрепления пуповины и характер плодных оболочек.

Результаты. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 80 (65%) матерей. Беременность протекала с осложнениями у всех матерей (100%). Наиболее часто встречались: плацентарная недостаточность (83,1%), преэклампсия (31,5%), многоплодие (27,4%), ОРВИ во время беременности (24,1%), маловодие (21,8%), угроза прерывания беременности (19,4%), внутриутробная инфекция (14,5%).

Значимыми антенатальными факторами риска развития выраженной ЗВУР при рождении поздних недоношенных детей являются: декомпенсированная плацентарная недостаточность ОШ — 181,5 (23,58; 1397), угроза прерывания беременности ОШ — 9,3 (1,222; 71,43), преэклампсия ОШ — 8,3 (1,892; 36,04) и маловодие ОШ — 5 (1,133; 22,15).

Особенностями плацент матерей, родивших детей при сроке гестации 34–36 нед с выраженной ЗВУР, являются: гипоплазия плацент (81,4%), аномалия формы (77,1%), признаки нарушений маточно-плацентарного кровообращения (материнская мальперфузия — 27,9%), геморрагический инфаркт — 62,8%), признаки хронического воспаления (виллит), снижение активности процессов адаптации и компенсации (полнокровие сосудов — 88,3% и лишь 37,1% — гиперплазия терминальных ворсин и синцитиальных узелков). Основой формирования ЗВУР является в 43,7% субкомпенсированная, а в 83,4% — декомпенсированная плацентарная недостаточность.

Заключение. Основной причиной рождения ребенка в сроке гестации 34–36 нед с выраженной ЗВУР является хроническая субкомпенсированная и декомпенсированная плацентарная недостаточность, обусловленная гипоплазией и аномалией формы плаценты, иммуновоспалительными изменениями, неполноценно сформированными компенсаторными процессами в системе «мать–плацента–плод».



ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Цатурян Н.Л.

Детская клиника «ПЛЮС», Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Актуальность. Инородное тело дыхательных путей у детей является редкой, но опасной ситуацией, требующей своевременного оказания медицинской помощи. Поздняя постановка данного диагноза может привести к развитию бронхиальной астмы, рецидивирующих пневмоний или другим осложнениям, в том числе летальным.

Цель исследования. Повысить осведомленность о трудностях диагностики инородных тел дыхательных путей на примере клинического случая.

Пациенты и методы. Мальчик, 5 лет, обратился к пульмонологу с жалобами на кашель, свистящее дыхание на фоне физической активности, проходящие самостоятельно через 1–2 мин. Из анамнеза заболевания известно, что за месяц до приема у пульмонолога во время игры с пластиковыми деталями «Лего» мальчик закашлялся, была однократная рвота (по мнению родителей, мальчик, вероятно, вдохнул пластиковую деталь). На следующий день обратились в стационар по месту жительства: возник приступ свистящего дыхания, кашель, резкое ухудшение самочувствия. Ребенок госпитализирован, проведена бронхоскопия — инородное тело не обнаружено; рентгенограмма грудной клетки — без патологических изменений; проведена компьютерная томограмма грудной клетки, выявившая двустороннюю пневмонию. Проводилась антибактериальная, гормональная (преднизолон) и ингаляционная терапия, на фоне которой состояние ребенка улучшилось, но жалобы на кашель и одышку сохранялись. После выписки из стационара продолжал получать гормональную терапию, но в связи с повторяющимися приступами одышки, кашля на фоне физической нагрузки ребенок был направлен к пульмонологу.

Результаты. Объективно при осмотре при аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы с двух сторон, на контрольной рентгенограмме ОГК — без патологии. Учитывая жалобы, данные анамнеза болезни (вдохнул инородное тело, которое не было найдено ни дома, ни при бронхоскопии), отсутствие стойкой положительной динамики на фоне проводимой гормональной терапии, пациент направлен на повторную бронхоскопию, выявившую инородное тело в дистальной части левого бронха (пластиковая деталь 0,4 × 1 см), которое было извлечено.

Заключение. Данный клинический случай подчеркивает важность учета анамнестических данных, несмотря на отсутствие данных визуализации, и своевременного проведения повторной бронхоскопии при подозрении на инородное тело.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ РОССИИ

Чебаргина М.А., Сенькевич О.А.

*ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет»
Минздрава России, Хабаровск, Российская Федерация*

Актуальность. По последним мировым оценкам, почти 20 млн новорожденных имели низкую массу тела при рождении. У 148 млн детей младше 5 лет была диагностирована задержка роста, 45 млн и 37 млн имели недостаточность питания и избыточную массу тела (ИМТ) соответственно.

Цель исследования. Изучить особенности физического развития новорожденных и детей грудного возраста, рожденных в Арктической зоне Дальневосточного федерального округа.

Пациенты и методы. Проведено когортное исследование с анализом физического развития доношенных новорожденных ($n = 150$) и детей грудного возраста ($n = 389$), рожденных в Чукотском автономном округе. Оценка физического развития проводилась путем расчета показателей Z-scores массы, длины тела, ИМТ с поправкой на возраст и пол ребенка с использованием WHO Anthro. При детальном анализе дети были разделены на подгруппы исследования по гендерному и этническому признаку.

Результаты. При анализе физического развития новорожденных было выявлено преобладание показателей роста > 2 SD над < -2 SD (34,6 и 0,7% соответственно), а также отмечалась высокая распространенность дефицита массы тела (30,6 против 3,4% ИМТ). Определено превалирование нормальных значений массы тела у лиц мужского пола в сравнении с женским (73,7 и 57,2% соответственно, $p = 0,032$). Кроме того, значения WAZ от -1 до $+1$ SD встречались чаще у европеоидов относительно коренных малочисленных народов Севера (КМНС — 72,6 и 54,5% соответственно, $p = 0,027$). При оценке динамики показателей роста выявлено увеличение частоты встречаемости высокорослости у детей грудного возраста в сравнении с новорожденными (ОШ = 2,461, 95% ДИ 1,609–3,765). Распространенность высокого физического развития в младенчестве чаще встречалась в подгруппе девочек (22,2 против 12,1% у мальчиков, $p = 0,010$). У представителей КМНС в сравнении с европеоидами чаще диагностировались высокорослость (26,3 и 12,2% соответственно, $p < 0,001$) и ИМТ умеренной степени (8,6 и 3,0% соответственно, $p = 0,028$).

Заключение. Состояние питания в раннем детстве представляет особый интерес, поскольку оно является прогностическим фактором состояния здоровья в будущем и может быть точкой для раннего вмешательства. Арктическая зона имеет климатогеографические особенности: дети проживают в условиях длительно сохраняющихся низких температур, дефицита нутриентов, низкой инсоляции с формированием дисгармоничного физического развития, что относит их к группе особого внимания со стороны врачей детских специальностей.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ ДЕТЕЙ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

Чернышева Н.В., Молочный В.П.

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет»,
Минздрава России, Хабаровск, Российская Федерация

Актуальность. Вирусные гепатиты по-прежнему относятся к числу важных инфекционных заболеваний человека как по эпидемиологическим, так и по клиническим проявлениям. После введения обязательной вакцинации детей в 2001 г. в нашей стране наметилась четкая тенденция к снижению регистрируемой заболеваемости вирусными гепатитами. Эта же тенденция наблюдается в Дальневосточном федеральном округе (ДФО) и в Хабаровском крае (ХК).

Цель исследования. Анализ заболеваемости вирусными гепатитами детей и подростков в ХК в сравнении с общероссийскими показателями.

Пациенты и методы. Анализ проводился с помощью обработки ежегодных сборников Росстата, Хабстата и МИАЦ ХК.

Результаты. Общая заболеваемость вирусными гепатитами среди детей от 0 до 17 лет в ДВФО и ХК раньше почти всегда была выше общероссийских показателей, но в настоящее время их значения практически выровнялись. Так, в 2015 г. в РФ общая заболеваемость вирусными гепатитами детей в возрасте от 0 до 17 лет составила 38,4 на 100 тыс. детского населения, в ДФО она была 63,5, а в ХК — 68,4 на 100 тыс. населения, что указывает на существенное отличие этих показателей. В то же время к 2023 г. показатели общей заболеваемости вирусными гепатитами детей составили: 20,1 (РФ), 26,5 (ДФО) и 18,5 (ХК) случаев на 100 тыс. населения детского возраста. По данным государственного отчета управления Роспотребнадзора по ХК, случаи острых форм вирусных гепатитов составляют лишь незначительную часть среди зарегистрированных случаев. Что касается вирусного гепатита С, то в 2023 г. было зарегистрировано всего 3 случая, показатель заболеваемости составил 0,23 на 100 тыс. населения. Наряду со снижением заболеваемости острыми формами гепатитов В и С отмечаются стабильно высокие уровни заболеваемости впервые выявленными хроническими формами гепатитов В и С, и прежде всего хроническим гепатитом С. В общей структуре хронических вирусных гепатитов на долю хронического вирусного гепатита С (ХВГС) приходится 84,5% случаев, хронического вирусного гепатита В (ХВГВ) — 15,5% случаев. Показатель заболеваемости ХГС в 5,4 раза превысил показатель заболеваемости ХГВ и составил 44,62 на 100 тыс. населения. При этом показатель заболеваемости ХГВ по итогам 2023 г. на 3,8% оказался ниже аналогичного показателя по РФ (8,5 на 100 тыс. населения). Всего в ХК за 2023 г. было выявлено 46 406 случаев ХВГС, из них у детей до 17 лет — 350 случаев (1,16 на 100 тыс. населения).

Случаев заболевания острым вирусным гепатитом В в 2020 г. не было зарегистрировано вообще. Общая заболеваемость вирусным гепатитом А у жителей ХК в 2020 г. составила 1,06 на 100 тыс. населения, что оказалось несколько ниже, чем в целом по РФ (1,89 на 100 тыс. населения). Как в РФ, так и в ХК наибольший показатель заболеваемости вирусным гепатитом А по-прежнему отмечается среди детей в возрастной группе 3–6 лет (3,44 на 100 тыс. населения).

Заключение. Успехи терапии, профилактики, включая вакцинацию, исполнение правительственных планов и территориальных программ по борьбе с гепатитами оказывают положительное влияние на эпидобстановку, но сохраняется ряд нерешенных задач, препятствующих достижению поставленных целей по ликвидации гепатитов.

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ РОССИИ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ

Чичерин Л.П., Щепин В.О.

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва, Российская Федерация

Актуальность. Современные вызовы здоровью и социализации граждан в возрасте от 14 до 35 лет требуют следования приоритетным направлениям реализации целей Стратегии молодежной политики Российской Федерации на период до 2030 г., с учетом накопленного опыта исполнения других официальных документов.

Цель исследования. Мониторинг — с позиций общественного здоровья — государственной молодежной политики в России, ее правового, нормативного, организационно-правового обеспечения с акцентом на подростков 14–17 лет.

Пациенты и методы. Изучаются данные официальных документов. Применяется комплекс современных методов и приемов социально-гигиенических документов и медико-организационного исследования: аналитический (в том числе системного анализа, контент-анализа, сравнительного анализа), программно-целевого подхода, экспертных оценок, изучения и обобщения опыта на государственном уровне и в субъектах РФ, социологический, статистики здоровья, монографический и др.

Результаты. Стратегия как документ перспективного планирования преимущественно учитывает опыт реализации государства и его институтов по отношению к молодежи, затрагивая интересы 34,4 млн человек, или 23,5% всего населения.

Пристального внимания всего общества требует особо уязвимый в плане здоровья и благополучия подростковый контингент 14–17 лет (6,5 млн человек), на долю которого приходится 14% от всей численности молодежи. Именно этот 4-летний временной период (до достижения совершеннолетия) является приоритетным объектом интересов, поскольку в возрасте 14–17 лет формируются ценности личности и гражданина, привычки к ведению активного, здорового образа жизни; происходит выбор молодыми гражданами будущей профессии.

Важным моментом в воспитании молодого гражданина является формирование активной жизненной позиции, устойчивой системы убеждений, определяющих его нравственное и социальное поведение под влиянием многочисленных аспектов внешней среды. Ведущий из них — повседневный позитивный пример образа жизни взрослых.

Заключение. Ключевые направления Стратегии по инициативе Президента В. Путина объединяются в новом национальном проекте «Молодежь и дети», также нуждающемся во внимании Союза педиатров России, в отработке на практике педиатрической службы новых, учитывающих специфику территорий организационных подходов при обязательном научном сопровождении. Это отвечает задачам Программы разработки фундаментальных проблем в области сохранения и укрепления здоровья детей и подростков на долгосрочный период до 2030 г.

ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В Г. СМОЛЕНСКЕ

Шаробаро В.Е., Бекезин В.В., Сорокина Л.А.

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

Актуальность. Детская инвалидность является актуальной проблемой современной медицины, так как охватывает сотни тысяч детей, нуждающихся во внимании и поддержке общества, социальной, медицинской и других видах помощи.

Цель исследования. Изучить динамику и структуру детской инвалидности в г. Смоленске за последние 25 лет (1998–2023 гг.).

Пациенты и методы. Анализ общей и впервые установленной детской инвалидности проведен по обусловившему заболеванию, главному нарушению состояния здоровья, ведущему к ограничению жизнедеятельности за период 1998–2023 гг.

Результаты. Динамика детской инвалидности в г. Смоленске на 1000 детей за последние 25 лет имеет небольшую тенденцию к снижению с 12,3 до 11,7; из них с впервые установленной инвалидностью — с 2,8 до 1,2. В структуре детской инвалидности врожденные пороки развития составили 25,19%; болезни нервной системы — 23,66%; эндокринной системы — 13,74%. Значительно реже причинами детской инвалидности были болезни костно-мышечной системы (7,61%), глаз (7,23%), уха (6,92%), органов дыхания (6,43%), патология сердечно-сосудистой системы (6,31%), онкозаболевания (2,91%).

Заключение. Детская инвалидность зависит от множества медицинских и социально-экономических факторов, включающих не только медицинские организации, но также учреждения образования и социальной защиты населения. Для решения проблем детей с инвалидностью требуется комплексный межведомственный подход на общегосударственном уровне.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ЛИРАГЛУТИДОМ НА КОМПОЗИЦИОННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Шаршова О.Г., Чубаров Т.В., Жданова О.А., Смыкова Е.Е., Белянская А.Д.,
Зыбенко А.Ю.

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет
имени Н.Н. Бурденко», Воронеж, Российская Федерация*

Актуальность. Детское ожирение остается ведущим фактором формирования неалкогольной жировой болезни печени, артериальной гипертензии, нарушений углеводного и липидного обмена. Аналог глюкагоноподобного пептида-1 лираглутид имеет высокую эффективность и хорошую переносимость терапии.

Цель исследования. Оценить влияние терапии препаратом лираглутид на динамику массы тела и композиционный состав тела у детей с конституционально-экзогенным ожирением.

Пациенты и методы. В ВДКБ ВГМУ им. Н.Н. Бурденко обследованы 63 ребенка 12–18 лет с конституционально-экзогенным ожирением ($\text{SDS IMT} \geq 2$). Пациенты получали лираглутид на протяжении 4 мес в терапевтической дозе 3,0 мг. В качестве критерия оценки эффективности снижения массы тела использовали критерий снижения SDS IMT на 0,25. Композиционный состав тела оценивался при помощи метода биоимпедансометрии. Данные представлены в виде медианы и интерквартилей [25; 75], уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты. По результатам исследования дети были разделены на 2 группы: эффективно снизившие массу тела (59 человек) и сохранившие массу тела (4 человека). В 1-й группе медиана SDS IMT до лечения составила 3,53 [3,02; 3,85], через 4 мес — 2,97 [2,65; 3,38], $p < 0,001$. Отмечено снижение процента жировой ткани: до применения лираглутида медиана составляла 45,3% [41; 48], после терапии — 42% [37,9; 45,9], $p < 0,001$. Уменьшение массы тела детей сопровождалось увеличением процента активной массы клеток: медиана до начала приема препарата — 37% [35; 39], после — 38,9% [35,6; 41], $p = 0,001$. Во 2-й группе снижение SDS IMT составило менее 0,25, но наблюдалось некоторое уменьшение содержания жировой ткани у 3 пациентов. Медиана процентного содержания жировой ткани до терапии составила 45,5% [42,8; 47,2], после 4 мес терапии — 43,3% [39,6; 46,4], $p = 0,181$.

Заключение. Лираглутид показывает высокую эффективность в отношении не только снижения массы тела, но и изменения композиционного состава тела ребенка, что говорит о перспективах патогенетического решения проблемы ожирения.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ

Шестакова В.Н., Андреюк А.Д., Соколова В.С., Зуева С.Р.

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

Актуальность. В современном мире тема физического насилия к детям приобретает большую актуальность. Физическое насилие проявляется в виде побоев в отношении ребенка и в причинении любых физических страданий. Важно помнить, что отношения в семье влияют на развитие и здоровье детей.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости физического насилия среди детей и подростков в полных и неполных семьях.

Пациенты и методы. Объектом исследования стали 100 детей 12–15 лет. Основная группа — дети, воспитывающиеся в неполных семьях ($n = 50$). Группа сравнения — дети, воспитывающиеся в полных семьях ($n = 50$). Сбор материала проводился путем выкопировки информации из истории развития ребенка, медицинской карты, осмотра и оценки состояния здоровья, анализа индивидуального опросника. Полученные данные обрабатывали в Excel. Для проверки различия использовали критерий согласия Пирсона с поправкой Йетса. Различия были достоверные при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что дети из полных семей, независимо от половой принадлежности, достоверно реже подвергались физическому насилию. В этой группе наблюдения выявлено физическое насилие у 1/5 детей, что составило 20%. Дети из основной группы подвергались физическому насилию чаще. В основной группе наблюдения выявлено физическое насилие у 3/5 детей, что составляет 60%.

Таким образом, врачам-педиатрам необходимо обращать особое внимание на детей, живущих в семьях, где применяется физическое насилие, и принимать меры для их защиты. При выявлении следов физического насилия нужно обратиться в органы по делам несовершеннолетних. Рекомендуется проводить работу с психологом родителям и детям, которые столкнулись с физическим насилием.

Заключение. По результатам опроса дети, живущие в полных семьях, подвергаются физическому насилию значительно реже, чем дети из неполных семей. Поэтому необходим комплексный подход по выявлению физического насилия и наблюдению детей в семьях, где был установлен факт физического насилия.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА А (H3N2) У ДЕТЕЙ

**Шин В.Ф., Мушегян Ж.Г., Зазьян А.В., Колесникова И.Д., Тасуева К.С.,
Шадыжева Т.М., Шевченко В.К., Фурсова В.И.**

*ГБУ РО «Детская городская больница № 1», Ростов-на-Дону,
Российская Федерация*

Актуальность. Грипп А (H3N2) остается актуальной проблемой педиатрии, вызывая тяжелое течение ОРВИ и высокий уровень осложнений у детей. Исследование особенностей клиники и лечения необходимо для улучшения качества медицинской помощи.

Цель исследования. Изучить клинические проявления, лабораторные изменения и осложнения гриппа А (H3N2) у детей, госпитализированных в стационар.

Пациенты и методы. Проведен анализ 68 историй болезни детей с лабораторно подтвержденным гриппом А (H3N2), диагностированным экспресс-тестами и ПЦР. Возраст пациентов: до 1 года — 3 ребенка, 1–7 лет — 33, старше 7 лет — 30. Мальчиков было 38 (55,9%), девочек — 30 (44,1%). Изучались лабораторные показатели, особенности лечения и осложнения.

Результаты. У 11 (16,2%) детей выявлена лейкопения ($< 4 \times 10^9/\text{л}$), у 5 (7,4%) — лейкоцитоз ($> 15 \times 10^9/\text{л}$), а у 7 (10,3%) уровень СРБ превышал 30 мг/л. Эти изменения встречались преимущественно при осложненном течении заболевания. До госпитализации антибактериальная терапия применялась у 16 (23,5%) пациентов. В стационаре все дети получали этиотропное лечение: осельтамивир назначался детям старше года и с массой >15 кг, интерферон-альфа — младше 1 года или с массой <15 кг. Осложнения зафиксированы у 34 (50%) детей: наиболее частым был острый средний отит — у 25 (36,8%), реже пневмония — у 9 (13,2%). Длительность лихорадки у детей составила: менее 4 дней у 40 (58,8%), 4–8 дней у 24 (35,3%), более 8 дней у 4 (5,9%). У большинства пациентов (58,8%) отмечалось быстрое снижение температуры и купирование симптомов в первые дни терапии.

Выводы. Грипп А (H3N2) преимущественно поражает детей дошкольного и младшего школьного возраста. У половины пациентов развиваются осложнения, чаще всего острый средний отит, реже — пневмония. Лабораторные изменения, включая лейкопению и повышение СРБ, выражены слабо и встречаются при осложненном течении. Этиотропная терапия, основанная на осельтамивире и интерфероне-альфа, эффективна: у большинства пациентов наблюдается быстрое разрешение симптомов и снижение лихорадки. Однако при осложнениях требуется дополнительная антибактериальная терапия.

МИКОПЛАЗМЕННАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ В РОСТОВЕ-НА-ДОНУ

Шин В.Ф., Мушегян Ж.Г., Зазьян А.В., Колесникова И.Д., Шевченко В.К.,
Тасуева К.С., Шадыжева Т.М., Фурсова В.И.

ГБУ РО «Детская городская больница № 1», Ростов-на-Дону,
Российская Федерация

Актуальность. Болезни органов дыхания лидируют в структуре детской заболеваемости. Среди школьников *Mycoplasma pneumoniae* — наиболее частая причина внебольничной пневмонии. Инфекция имеет эпидемиологическую значимость, так как вызывает вспышки в организованных коллективах.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные особенности течения микоплазменной пневмонии у детей, проживающих в Ростове-на-Дону, для оптимизации диагностики и лечения.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 54 медицинских карт стационарных пациентов (форма № 003/у), лечившихся в инфекционном отделении ГБУ РО «ДГБ № 1» с января по октябрь 2024 г. Диагноз «пневмония, вызванная *Mycoplasma pneumoniae*» у всех детей подтверждался путем проведения рентгенологического исследования легких. Этиология заболеваемости устанавливалась путем обнаружения ДНК микоплазмы методом ПЦР в мазках со слизистой ВДП. Анализировались возраст, клиническая картина, лечение до и во время госпитализации.

Результаты. Среди 54 пациентов: 6 мес — 1 человек, 5–9 лет — 10 человек, 10–14 лет — 17 человек, 15–17 лет — 19 человек. Мальчиков было больше (57,4%), чем девочек (42,6%). Поступление в стационар: 5–12-й день болезни, пик — на 7–10-й день. До госпитализации симптоматическое лечение получали 31,5% пациентов, пенициллины — 31,5%, макролиды — 26%, цефалоспорины — 9,3%. Температура до госпитализации: > 39°C — 11,3%; 38–39°C — 38,3%; 37–38°C — 50,4%. Кашель отмечен у 95,2% больных, в 85% случаев — малопродуктивный. Признаки дыхательной недостаточности (бронхообструкция) выявлены у 22,2% пациентов. По рентгенографии: полисегментарная односторонняя пневмония в 50%, двусторонняя — 11,1%, долевая — 27,8%, сегментарная — 11,1%. Нейтрофильный лейкоцитоз выявлен у 14,8% больных, остальные гемограммы без изменений. СРБ > 30 мг/л обнаружен в 48,1% случаев. Единственным осложнением был плеврит. Средняя длительность госпитализации составила 4–8 дней, при микст-инфекции с бокавирусом (3 случая) — более 8 дней.

Заключение. Микоплазменная пневмония чаще поражает детей старшего школьного возраста и имеет преимущественно легкое течение. Поступление в стационар на 7–10-е сут связано с недостаточной эффективностью амбулаторного лечения. Типичны: нормальные гемограммы, отсутствие значительного повышения СРБ и редкое развитие дыхательной недостаточности. Рентгенологически преобладает полисегментарная односторонняя пневмония.

ЧАСТЬ II

XV ФОРУМ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Докич Ю.Ю.

*ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», Чита,
Российская Федерация*

Актуальность. В структуре ортопедической патологии у детей плоская стопа приобретенная (плоскостопие) лидирует среди патологий костно-мышечной системы. Плоскостопие оказывает негативное влияние на двигательное развитие ребенка, здоровье всех органов и систем. Неправильная постановка стопы может привести к деформации ступней и пальцев, нарушению походки и осанки, грыжам межпозвонковых дисков и патологии крупных суставов. Поэтому важно следить за стопами в детском возрасте, когда коррекция их формы проходит максимально эффективно. Организация своевременных и качественных мероприятий по профилактике плоскостопия, проводимых медицинскими работниками дошкольных учреждений, будет способствовать укреплению здоровья, развитию движений и физическому развитию детей.

Цель исследования. Оценить риск развития плоскостопия у детей 6–7 лет в МБДОУ «Детский сад № 70» г. Читы Забайкальского края, обозначить проблемы при работе с данной группой детей, разработать программу по профилактической коррекции и оценить ее эффективность.

Пациенты и методы. В исследовании участвовали 92 ребенка в возрасте от 6 до 7 лет, из них с предрасположенностью к плоскостопию (диагноз «плоско-вальгусная установка стоп») — 64 (69,6%) ребенка. При проведении исследования использовались методы ретроспективного анализа и статистического наблюдения.

Результаты. Ретроспективный анализ данных, полученных в результате оценки функционального состояния сводов стоп по истечении 9 мес систематических занятий, выявил позитивные изменения. Из 64 детей с предрасположенностью к плоскостопию, взятых под наблюдение, у 42 состояние стоп улучшилось, а у 22 — не изменилось.

Заключение. Профилактические мероприятия, проведенные медицинской сестрой дошкольного образовательного учреждения, согласно программе по профилактической и коррекционной работе, положительно сказываются на укреплении опорно-двигательного аппарата детей старшего дошкольного и раннего школьного возраста и могут быть рекомендованы для предотвращения развития плоскостопия.

ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ковзик Н.С.

ГАУЗ «Краевая больница № 4», Краснокаменск, Российская Федерация

Актуальность. В 2022 г. в Забайкальском крае из общего числа живорожденных детей (10 419) недоношенными родились 719 (6,9%), в среднем это каждый 15-й ребенок из рождающихся детей. Понимание особенностей развития недоношенных детей, изучение методов выхаживания и реабилитации, создание комфортной среды для малыша помогут обеспечить его развитие и стабильность на всех этапах.

Цель исследования. Адаптация членов семьи, особенно матерей, их обучение методам выхаживания, вскармливания, реабилитации и освоение практических навыков по уходу за недоношенным ребенком.

Пациенты и методы. На базе перинатального центра акушерского стационара ГАУЗ «Краевая больница № 4» г. Краснокаменска действует «Школа матери». Она была создана в 2016 г. для оказания информационной поддержки, формирования практических навыков, необходимых для выхаживания ребенка. Школа включает несколько занятий по наиболее важным вопросам, касающимся выхаживания и развития недоношенных детей. Регулярные групповые и индивидуальные занятия проводятся в виде консультаций, лекций, мастер-классов.

Результаты. За период существования «Школы матери» было обучено более 1000 человек. Благодаря поддержке родители приобретают навыки ежедневного ухода за ребенком, вскармливания и оказания неотложной помощи ребенку в экстренных ситуациях после выписки из стационара. Родителям рассказывают, как в домашних условиях организовать развивающую среду для ребенка, рожденного раньше срока. Особенно это важно в первые месяцы после выписки. С 2022 г. в перинатальном центре ГАУЗ «КБ № 4» ежегодно в Международный день недоношенного ребенка 17 ноября проводится встреча с подростками пациентами.

Заключение. Успех выхаживания и дальнейшее развитие недоношенного ребенка во многом зависят от грамотности и эмоциональной устойчивости родителей. Такой ребенок требует повышенного внимания и заботы, но благодаря поддержке медицинских работников у родителей недоношенных детей повышается уровень информированности, появляются новые знания и компетенции, уверенность в своих силах, эмоциональная устойчивость к моменту выписки из стационара.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ГОРОДСКИХ ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

Малеева Н.П., Кацова Г.Б., Карпов В.Н.

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

Актуальность. Средний медицинский персонал — самая многочисленная категория работников здравоохранения, реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения в медицинской помощи — играет одну из ведущих ролей в проходящей в настоящее время модернизации здравоохранения. В связи с этим важно изучать проблемы и потребности среднего звена здравоохранения.

Цель исследования. Изучить основные базисные проблемы медицинских сестер городских детских поликлиник, провести сравнительный анализ полученных результатов и определить наиболее значимые.

Пациенты и методы. Проанкетированы 42 медицинские сестры в возрасте от 28 до 54 лет по анкете, созданной сотрудниками кафедры сестринского дела Оренбургского медицинского университета. Проведены статистическая обработка и сравнительный анализ полученных результатов.

Результаты. По результатам анкетирования выявлено, что низкий уровень оплаты труда не удовлетворяет 44% медицинских сестер, что отражается на социальном статусе и защищенности. Отток молодых специалистов из участковой медицинской службы (20%), по мнению респондентов, связан с недостаточной престижностью профессии. Сложности в работе с хроническими больными оцениваются в 28%. Пациентам с хронической патологией необходимы регулярное наблюдение и реабилитация, что требует времени и координации действий различных специалистов. Трудности социально-психологического характера в работе среднего звена составляют 35%. Приходится общаться с пациентами из социально неблагополучных семей, с проявлениями аутизма, неадекватного поведения, энцефалопатии различного генеза и родителями, страдающими депрессией, тревожными расстройствами, злоупотребляющими алкоголем. Недостаток знаний в психологии и отсутствие специальных навыков усложняют помощь таким пациентам.

Заключение. Большинство медицинских городских детских поликлиник отмечают как основную проблему низкий уровень заработной платы ($p < 0,005$) и социально-экономические трудности в работе с пациентами и их родителями ($p < 0,005$). Эти проблемы требуют комплексного подхода к реформированию отдельных вопросов здравоохранения и внедрению современных решений для улучшения оказания качественной медицинской помощи.

ПРОФОРИЕНТАЦИЯ ШКОЛЬНИКОВ — ШАГ В БУДУЩУЮ ПРОФЕССИЮ

Мелентьева А.А.

*ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», Чита,
Российская Федерация*

Актуальность. Профессиональное становление подрастающего поколения, поддержка, а также проведение комплекса специальных мер помощи подростку в профессиональном самоопределении — одна из задач содействия медицинским работникам в привлечении в будущую профессию.

Оказание помощи школьникам осознанно выбрать будущую профессию, сформировать у них собственный взгляд на трудовую деятельность, повысить уровень мотивации к профессиональному самоопределению — основное направление профориентационной работы.

Цель исследования. Изучить проблему привлечения школьников в профессию медицинских работников, проанализировать и найти пути решения данного вопроса. Осветить достоинства профессиональной деятельности медицинских работников.

Пациенты и методы. Использованы методы эмпирического уровня, проведены анкетирование учащихся школ г. Читы 9–11 классов в количестве 120 ч, мастер-классы, дискуссии, обсуждения, направленные на рост дефицита кадров среди медицинских работников. Проанализированы полученные данные.

Результаты. У школьников были выявлены проблемы, связанные с отсутствием мотивации в выборе профессии медицинского работника, с ограниченным доступом к информации о профессиональной деятельности и реальных условиях работы в медицинских организациях. В то же время отмечались интерес и желание узнать новое о будущей профессии.

Заключение. Забайкальская общественная организация «Профессиональные медицинские специалисты» и администрация Детского клинического центра г. Читы проводят огромную работу, помогая решать проблемы и создавая условия для сотрудничества работников государственных медицинских учреждений, медицинского колледжа и школьников в выборе профессии. Вовлечение школьников в волонтерские отряды (помощь в плетении маскировочных сетей для СВО, письмо солдату и др.), участие в акциях, медицинское сопровождение с фельдшерами школ в играх «Зарница», приглашения в медицинские организации и медицинский колледж на мастер-классы, круглые столы для знакомства с практикой оказания медицинской помощи и работой нового медицинского диагностического оборудования содействуют профессиональному самоопределению, приобщению детей к социально значимой деятельности для осмысленного выбора профессии медицинского работника.

ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Погадаева С.Г.

*АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации “Пышма”»,
Тюменская область, Российская Федерация*

Актуальность. Заболевания нервной системы у детей на сегодняшний день представляют одну из самых актуальных проблем не только в педиатрии, но и в социальной медицине. Среди патологий у детей и подростков заболевания нервной системы занимают одно из ведущих мест, а проблема адаптации и социализации таких детей является проблемой общества в целом.

Цель исследования. Проанализировать факторы риска развития перинатальных поражений ЦНС у детей, проходящих курс реабилитации в АУ ТО «Центр комплексной реабилитации “Пышма”, своевременность диагностики патологий ЦНС у детей раннего возраста как следствие перинатального поражения.

Пациенты и методы. Проведен анализ первичной документации (истории родов и развития ребенка, анамнез беременности) и указанных в истории болезни факторов риска неврологической патологии: отягощенность акушерского анамнеза, заболевания матери, патология течения беременности и родов, внутриутробное инфицирование плода, гипоксия. На основе архивных материалов были проанализированы данные 2024 г.

Результаты. Анализ первичной документации выявил, что дети с патологическими отклонениями ЦНС (речевая патология, расстройство аутистического спектра, аутизм, синдром гипервозбудимости, синдром дефицита внимания и гиперактивности), проходящие курс реабилитации в центре, в 8% случаев рождены в нормальных родах, беременность у матерей протекала физиологически; 26% — беременность протекала с осложнениями (гестационный сахарный диабет, преэклампсии, гипоксии плода и др.); 3% — асфиксия при родах; 17% — преждевременные роды; 46% — дети, рожденные путем кесарева сечения.

В 38% случаев риски были сочетанными (например, преэклампсия + кесарево сечение).

Анализ историй болезни выявил, что за 2024 г. 61% реабилитантов с патологическими отклонениями ЦНС были дети-инвалиды. Инвалидность установлена в 3 года — 6%; в 4 года — 42%; в 5 лет — 44%; в 6 лет — 8%.

По данным анамнеза и истории развития детей, установлено, что впервые с жалобами на задержку развития речи и другие патологические отклонения родители обращались на 4-м году жизни. Большая часть родителей не уделяла внимания особенностям развития и только по рекомендации педагогов и психологов образовательного учреждения (детские сады и школы) обратилась за медицинской помощью.

Заключение. На основании проведенного исследования выявлены поздняя диагностика патологических отклонений ЦНС, отсутствие профилактических мероприятий во время беременности, после родов (перинатальный период — период со 2-й полной недели внутриутробной жизни плода по 7-й день включительно внеутробной жизни). Дети, рожденные с факторами риска, не состоят на диспансерном учете как группа риска по развитию неврологической патологии в раннем возрасте.



ОТКРЫТАЯ РЕАНИМАЦИЯ — СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ДООПЕРАЦИОННЫЙ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОДЫ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ

Смыслова А.Ю.

ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования»
Минздрава России, Чебоксары, Российская Федерация

Актуальность. Создание оптимальных условий детям в пред- и послеоперационном периоде, а также профилактика позволяют оценить и решить множество сложных психологических проблем маленьких пациентов и их родителей.

Цель исследования. Продвижение практики пребывания родителей в отделении анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии (ОАРСПРИТ). Профилактика стресса у детей до и после операции.

Пациенты и методы. В соответствии с письмом МЗ РФ 2016 г. «О правилах посещения родственниками пациентов в отделении реанимации» в ФГБУ «ФЦТОЭ» активно практикуется пребывание родителей с маленькими пациентами в предоперационный и послеоперационный период в отделении анестезиологии-реанимации.

Результаты. Перед оперативным вмешательством дети в ОАРСПРИТ поступают вместе с родителем в комнату временного пребывания матери и ребенка для подготовки к наркозу (премедикации) в максимально комфортных для детей условиях. За 11 мес 2024 г. в ОАРСПРИТ пролечено около 180 детей от 1 года до 17 лет, из них 133 ребенка прошли через комнату временного пребывания матери и ребенка.

После операции в условиях ОАРСПРИТ утвержден порядок пребывания родителей с детьми в палатах реанимации, ведется «Журнал регистрации ознакомления лиц, осуществляющих уход за пациентом, с правилами внутреннего распорядка», а также оформляется памятка для родителей. Родитель допускается к ребенку после восстановления жизненно важных функций. Около 100 родителей в течение текущего года находились с ребенком в послеоперационном периоде и помогали осуществлять уход и налаживать контакт с маленьким пациентом.

Заключение. Применение данной практики позволило минимизировать медицинский стресс у детей в отделении реанимации, а также дало возможность родителям чувствовать себя нужными в осуществлении ухода и психологической помощи своим детям. При условии доверия родителей к медицинскому персоналу, взаимного уважения, понимания и взаимопомощи можно добиться максимального эффекта в выздоровлении маленького пациента.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОГО ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ ФЕЛЬДШЕРОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Филинова Д.А.

ГБУЗ ТО «Областная больница № 11», Тюмень, Российская Федерация

Актуальность. Риск распространения инфекций и возникновения осложнений связан со следующими проблемами: большая загруженность фильтр-бокса поликлиники; длительное время, затраченное на путь от образовательного учреждения (ОУ) до поликлиники, и ожидание в очереди для получения услуги первичного приема; наличие пациентов, ушедших без осмотра и назначения лечения.

Цель исследования. Снизить нагрузку на фильтр-бокс поликлиники до 35 пациентов в смену; сократить время, затраченное пациентом на первичный прием фельдшером, до 15 мин; добиться полного отсутствия пациентов, ушедших без осмотра, «на самолечение»; снизить количество жалоб от пациентов.

Пациенты и методы. В роли пациентов были школьники. Перераспределение потоков пациентов и нагрузки на фильтр-бокс поликлиники.

Результаты. Организован первичный прием на обучение по профессии «фельдшер».

Пересмотрены должностные обязанности фельдшеров ОУ. Организовано рабочее место фельдшера в ОУ с доступом в «1С:Медицина». Создана учетная запись сотрудника.

Проведено обучение сотрудников на рабочем месте.

Заключение. Снижен риск распространения инфекций и возникновения осложнений; фельдшер ОУ назначает лечение; нет необходимости идти в поликлинику; снижено время ожидания на получение медицинской услуги; назначена явка на повторный прием; есть запись в «1С:Медицина» о факте обращения; снижена нагрузка на фильтр-бокс поликлиники; отсутствуют пациенты, ушедшие без назначения лечения; снижены финансовые потери учреждения.



НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ В ГУЗ «ДКМЦ Г. ЧИТЫ»

Филиппова О.С.

ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» ДПО № 5, Чита,
Российская Федерация

Актуальность. Динамическое и эффективное наблюдение за детьми с врожденными аномалиями развития направлено на устранение и минимизацию осложнений, рецидивов, своевременную коррекцию лечебно-диагностических, профилактических мероприятий, улучшение качества жизни. Приступая к разработке индивидуального графика наблюдения, медицинские сестры выясняют уровень подготовки семьи к уходу за ребенком, возможности физического, психического и психоэмоционального состояния матери и отношение каждого члена семьи к ребенку.

Цель исследования. Выявить проблемы пациента, разработать план наблюдения исходя из индивидуальных потребностей, систематизировать контроль выполнения плана.

Пациенты и методы. Проводятся статистический анализ и анкетирование пациентов.

В настоящее время в ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» находятся под наблюдением 403 пациента с врожденными аномалиями развития. В структуре заболеваемости 35% составляют ВПС, 18% — ВАР желудочно-кишечного тракта, 22% — ВАР костно-мышечной системы, 21% — ВАР мочеполовой системы, 4% — заболевания Гиршпрунга.

Результаты. В проведении анализа полученной информации о детях с врожденной патологией при оценке контроля качества работы выявлены следующие проблемы: нарушение мероприятий согласно индивидуальному плану пациента; контролируемое дозирование приема пациентами таблетированной формы лекарственных препаратов; недостаточность обмена информацией между специалистами и членами семьи. Для устранения выявленных нарушений были разработаны алгоритмы наблюдения за детьми с врожденными пороками развития, которые включают: кратность и алгоритм наблюдения за детьми на дому; алгоритм проведения сестринского обследования (по нозологиям); контроль приема лекарственных препаратов; алгоритм и сроки мероприятий в рамках диспансеризации (по нозологиям); рекомендации родителям по лечебно-оздоровительному режиму; рекомендации по уходу.

Заключение. Разработанные алгоритмы установили единые требования к выполнению и оценке мероприятий по наблюдению за пациентами с врожденными аномалиями развития. Разработан чек-лист контроля за выполнением своевременного осуществления патронажей. Данные мероприятия направлены на максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных функций организма, уменьшение количества вызовов врача на дом, а также количества вызовов СМП по обострению основного заболевания.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАЛЛИАТИВНЫМ СТАТУСОМ

Цибулина С.Б.

ГАУЗ ТО «Детский лечебно-реабилитационный центр “Надежда”», Тюмень, Российская Федерация

Актуальность. Паллиативная помощь детям представляет собой новое, быстро развивающееся направление здравоохранения в России и включает в себя комплексный подход к тяжело больному ребенку, имеющему ограниченный срок жизни вследствие неизлечимого заболевания (онкологического и неонкологического).

Цель исследования. Традиционная цель реабилитации состоит в том, чтобы улучшить развитие ребенка, основываясь на его сильных сторонах, возможностях и ресурсах; предоставить ребенку оптимальные возможности для самостоятельной жизни в будущем. Цель достигается следующими средствами: развитием способностей ребенка, насколько это возможно; адаптацией к окружающей среде; помощью ассистентов; применением помогающих технологий. Обязательной процедурой реабилитационного процесса является диагностика и оценка нарушений, способностей и возможностей ребенка. Чем более детализированной будет оценка, тем более точным, поэтапным индивидуально ориентированным будет реабилитационный процесс. Оценка позволяет ставить достижимые задачи, определять функционально значимые навыки, требующие развития и коррекции.

Пациенты и методы. Паллиативная помощь детям и подросткам с ограничивающими жизнь заболеваниями представляет собой активную комплексную деятельность по оказанию поддержки с учетом поставленного диагноза или факта его признания, охватывающую физические, эмоциональные и духовные аспекты, вплоть до момента смерти и в последующий за ней период.

Результаты. Роль медицинской сестры при проведении нутритивной поддержки: знать и проводить антропометрические измерения; оценивать состояние пациента (потребность в еде и питье); осуществлять гигиенический уход за полостью рта; правильно позиционировать ребенка во время кормления; контролировать пищеварение (возможные проблемы — тошнота, рвота, диарея, запор); владеть техникой постановки назогастрального зонда; осуществлять кормление ребенка через зонд (болюсно), гастроеюностому; знать типы питания; осуществлять контроль за состоянием кожи у места постановки зонда или стомы.

Роль медицинской сестры при проведении респираторной поддержки: оценка состояния дыхательной системы (ЧДД, сатурация), кашель, одышка; проведение аппаратных методов терапии (кислородный концентратор, ингалятор, откашливатель, ИВЛ/НИВЛ); дезинфекция медоборудования; уход за трахеостомой; обучение родственников или ухаживающих за ребенком методам респираторной поддержки.

Роль медицинской сестры в реабилитации: совместно с врачом по физической и реабилитационной медицине участвовать в разработке и выполнении программы по позиционированию пациента (в кровати, вертикализаторе, коляске); уметь использовать на практике валики, подушки для изменения положения тела в кровати в соответствии с рекомендациями; совместно со специалистом по ТСР использовать подогранные вертикализаторы, тьюторы/ортезы.

Заключение. Главным приоритетом паллиативной помощи детям является повышение качества жизни ребенка (подростка) и оказание поддержки семье, включая контроль симптомов, приносящих страдание, предоставление возможности снять или снизить уровень болевого синдрома, а также оказание помощи — вплоть до момента смерти и поддержки в период переживания утраты (Together for Short Lives, 2013).

СОДЕРЖАНИЕ

Часть I

<i>Абдуллина Г.А., Акберова А.А., Гаянова М.А.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОВЫШЕННЫМ ПОТРЕБЛЕНИЕМ БЕЛКА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	1
<i>Азарова Н.В., Тепаев Р.Ф.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ФОСФОКРЕАТИНА В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ВОЗОБНОВЛЕНИЯ ПИТАНИЯ (REFEEDING-СИНДРОМА) У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	2
<i>Анапьева М.А., Харламова Н.В., Разборова Р.С.</i> ЗНАЧЕНИЕ БЕЛКА GAR-43 ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ГЛУБОКОНЕДОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	3
<i>Андреюк А.Д., Соколова В.С., Зуева С.Р., Шестакова В.Н., Сосин Д.В., Глущенко В.А.</i> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕНЕБРЕЖИТЕЛЬНУЮ ФОРМУ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ	4
<i>Анисимова А.О., Погодина А.В., Рычкова Л.В.</i> ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЭКРАННОГО ВРЕМЕНИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ШКОЛЬНИКОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	5
<i>Ахмадуллина А.А., Камалова А.А., Рахмаева Р.Ф., Ахмадуллина Э.М., Павлова А.А., Азимова Ю.К., Мухутдинова К.И., Мифтахутдинова Г.А., Багаутдинова А.Р.</i> ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	6
<i>Ахмедова И.М., Назарова И.Д., Салихова М.З.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА	7
<i>Бадалова З.А.</i> ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОЙ РАДИАЦИИ	8
<i>Безкаравайный Б.А., Сероштан Е.Ю.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ КЛАССОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. ЛУГАНСКА	9
<i>Безкаравайный Б.А., Тананакина Т.П., Лысенко Е.А.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА НАПРЯЖЕННОСТИ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И ПЕРВОМ КЛАССЕ ШКОЛЫ	10
<i>Беляева И.А., Турти Т.В., Бомбардирова Е.П., Шукенбаева Р.А.</i> МИКРОБНО-МЕТАБОЛИТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПИТАНИЯ	11
<i>Бобошко А.В.</i> ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, УМСТВЕННАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И УСПЕВАЕМОСТЬ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ 15–17 ЛЕТ	12
<i>Богданова Е.А., Толкова К.А., Глущенко В.А., Шестакова В.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СИНХРОННЫМ ПЛАВАНИЕМ	13
<i>Бойдак М.П., Пристром И.Ю., Прилуцкая В.А., Гончарик А.В., Король-Захаревская Е.Л., Виктор С.А.</i> ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ И ЛЕПТИНА У КРАЙНЕ НЕЗРЕЛЫХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	14
<i>Булычева Е.В.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ МУЖСКОГО ПОЛА БОЛЕЗНЯМИ, КОТОРЫЕ ПЕРЕДАЮТСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	15
<i>Булычева Е.В.</i> ОБ АКТУАЛЬНОСТИ МОНИТОРИНГА ОЦЕНКИ РОДИТЕЛЯМИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ИХ ДЕТЕЙ	16
<i>Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А.</i> АНАЛИЗ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА ЧЕТЫРЕХ ЛЕТ	17
<i>Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А.</i> СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА У ДЕВОЧКИ 17 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	18

<i>Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ КУРИТЕЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ 14–26 ЛЕТ (НА ПРИМЕРЕ Г. КРАСНОДАРА).....	19
<i>Бурлуцкая А.В., Статова А.В., Маруева Т.А.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ДЕТЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ	20
<i>Быков Ю.В., Воробьёва А.П., Батулин В.А., Массоров В.В.</i> СИНДЕКАНЫ КАК ИНДИКАТОРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛИКОКАЛИКСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	21
<i>Варламова Т.В., Зарипова Ю.Р.</i> ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА СЕМЕЙНОГО ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА 2-ГО ТИПА.....	22
<i>Васильева Е.И., Козик И.Е., Яндышева Д.Г.</i> ЧАСТОТА ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ У ДЕТЕЙ.	23
<i>Вахлова И.В., Васенёва Ю.О.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ CFTR-МОДУЛЯТОРАМИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ	24
<i>Вишня А.А., Скударнов Е.В., Малюга О.М.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА	25
<i>Власенко Н.Ю., Павлинова Е.Б., Савченко О.А.</i> ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ: СИНДРОМ ПРАДЕРА – ВИЛЛИ (ДЕМОНСТРАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ).....	26
<i>Власенко Н.Ю., Павлинова Е.Б., Юдицкая Т.А., Юнгман Н.В., Каргаполова К.И., Кузнецова П.В., Оленич М.В., Попова А.Д.</i> ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ (НА ПРИМЕРЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ)	27
<i>Волкова Ю.В., Скударнов Е.В., Титова З.А., Зенченко О.А., Малюга О.М.</i> АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЙ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ДЕТЯМ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В СООТВЕТСТВИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ	28
<i>Гарина Г.А., Камалова А.А., Ханафина М.А.</i> ФЕКАЛЬНЫЙ КАЛЬГРАНУЛИН (S100A12) КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ И МОНИТОРИНГА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА	29
<i>Горбунова Е.А., Устинова Н.В., Каталкина К.С.</i> АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	30
<i>Гурина Е.С.</i> МОЧЕВАЯ КИСЛОТА – ЗНАЧИМЫЙ МАРКЕР РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ.....	31
<i>Демяненко А.Н.</i> ДИНАМИКА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА, ИМЕЮЩИХ ОЖИРЕНИЕ И ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА	32
<i>Джумагазиев А.А., Отто Н.Ю., Филипчук А.В., Безрукова Д.А., Шилина Н.М., Сорокина Е.Ю., Сокольников А.А., Сосиновская Е.В., Безруков Т.Д.</i> СТЕПЕНЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА, ПОЛА, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	33
<i>Доброток А.В., Гордеева О.Б., Смирнова О.Я., Овчинников Д.С.</i> ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ КОАГУЛЯЦИЙ ПРИ ОРФАННЫХ БОЛЕЗНЯХ У ДЕТЕЙ	34
<i>Донников М.Ю., Колбасин Л.Н., Морозкина А.В., Коваленко Л.В., Белоцерковцева Л.Д.</i> ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ (ОРФАННЫХ) ЗАБОЛЕВАНИЙ В ХМАО – ЮГРЕ МЕТОДОМ СЕКВЕНИРОВАНИЯ ЭКЗОМА	35
<i>Дубровская И.В., Турович И.В., Кузнецова Т.А.</i> НАРУШЕНИЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	36
<i>Ермолаева Ю.А., Неяскина Е.С., Пономарева Д.А.</i> ВАКЦИНАЦИЯ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ: ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К ИММУНИЗАЦИИ	37
<i>Ершова И.Б., Васендина М.В.</i> ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	38
<i>Ершова И.Б., Глушко Ю.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	39

<i>Ершова И.Б., Петренко О.В.</i> КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОРВИ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ.....	40
<i>Ершова И.Б., Rogovtsova A.G.</i> ОСОБЕННОСТИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРЕДЫ ВОСПИТАНИЯ.....	41
<i>Зокиров Н.З., Алиева Э.И., Краснов А.В., Потапова Н.А.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ КАРТ	42
<i>Икрамова Н.А., Иноятова Ф.И.</i> ВНУТРИКЛЕТОЧНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ТРАНСКРИПЦИИ ПЕПТИДА ГЕПСИДИН-25 В ГЕПАТОЦИТАХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ РЕФРАКТЕРНОЙ АНЕМИИ	43
<i>Иногамова Г.З., Иноятова Ф.И.</i> СПЕЦИФИКА МАРКЕРНОГО ПРОФИЛЯ HbV В ТЕЧЕНИИ HBSAG НЕГАТИВНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	44
<i>Иноятова Ф.И., Абдуллаева Ф.Г., Иногамова Г.З., Валиева Н.К.</i> СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ИНТЕРФЕРОНОГЕНЕЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ HbV-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	45
<i>Иноятова Ф.И., Кадырходжаева Х.М.</i> ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ.....	46
<i>Казанцева Е.Д., Петрова А.Г.</i> ГРИПП У ДЕТЕЙ: РАЗЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА И ШТАММА ВИРУСА.....	47
<i>Каримджанов И.А., Мадаминава М.Ш., Умаров Д.А., Динмухаммадиева Д.Р.</i> ВЛИЯНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ МАКРОНУТРИЕНТОВ С ПИЩЕЙ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ	48
<i>Каримуллин Г.А., Панасюк М.К., Старостина О.В.</i> НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ПОЛИКЛИНИКЕ. ОПЫТ РАБОТЫ ГАУЗ ТО «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5» Г. ТЮМЕНИ.....	49
<i>Козловский А.А.</i> ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.....	50
<i>Козловский А.А., Латицкая Е.В.</i> ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ВИТАМИНОМ D.....	51
<i>Кондратенко О.А., Козыро И.А.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ	52
<i>Кулакова Г.А., Соловьева Н.А., Курмаева Е.А., Загидуллина А.А., Мухаметдинова Г.И.</i> БЕЗОПАСНЫЙ СОН РЕБЕНКА – ВЕДУЩИЙ МОДИФИЦИРУЕМЫЙ ФАКТОР РИСКА СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ МЛАДЕНЦЕВ: ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ	53
<i>Куришина М.В.</i> ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ НА РАЗВИТИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ.....	54
<i>Лейкина В.В.</i> РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....	55
<i>Литвинов Г.А., Яровая О.А., Литвинова О.Н.</i> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ	56
<i>Лутфуллин И.Я., Сафина А.И., Садыков М.М., Аскарова М.О., Филатов В.С., Шарипова О.В., Макарова К.А., Юмашева С.Ю., Кузьмина Е.А., Даминова М.А., Удачина Э.И., Костик М.М.</i> БОЛЕЗНЬ КАВАСАКИ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ: КОГОРТНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 19 СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ПО ДАННЫМ ГАУЗ «ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1» Г. КАЗАНИ)	57
<i>Малых А.Л., Малых Д.А., Федосеева Л.В., Ковеленова Д.А.</i> НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ПОДРОСТКОВ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЕЖЕГОДНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	58
<i>Мамедова З.У., Мамедова С.Н.</i> ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРИРОДА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У ПОДРОСТКОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ.....	59
<i>Мамедова С.Н.</i> РЕВМАТИЧЕСКИЕ МАСКИ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	60
<i>Матвеев А.В., Вознюк И.Н.</i> DDD-АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В НЕОНАТАЛЬНОЙ ПОПУЛЯЦИИ	61
<i>Мелентьева А.П., Юдина Е.О., Федорова О.С.</i> ГЕМОЗОИН <i>OPISTHORCHIS FELINEUS</i> – ИММУНОМОДУЛЯТОР ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ.....	62

Михайловская Е.Г., Яшкова Л.В., Иго О.Л., Зарипова Ю.Р. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЯТАГАНА	63
Моторенко Н.В., Титова Н.Д. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПО ДАННЫМ ПРОБЫ РУФЬЕ.....	64
Налетов А.В., Марченко Н.А., Масюта Д.И. ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ-ВЕГЕТАРИАНЦЕВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОНБАССЕ	65
Никифорова А.О., Грешнякова В.А., Горячева Л.Г., Жирков А.А., Алексеева Л.А. ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С.....	66
Носкова А.С., Крымская О.С., Старостина О.В. ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ. ОПЫТ РАБОТЫ ГАУЗ ТО «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5» Г. ТЮМЕНИ	67
Омолоева Т.С., Васильева Е.И., Буркова А.А. ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ ОБ ОПАСНОСТИ ВЕЙП-ЗАВИСИМОСТИ.....	68
Пашук С.Н., Гусина А.А., Колыбенко М.И. РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЕМЕЙНОГО СЛУЧАЯ СИНДРОМА МЮНКЕ.....	69
Пизнор И.В., Котова П.О., Бурдукова А.О., Макаркина Е.П., Скобликова О.А., Раева Г.Ф., Пронина Е.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ОХВАТ ВАКЦИНАЦИЕЙ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19	70
Подчиненова Д.В., Самойлова Ю.Г., Ляхова Д.В., Джепаров Н.Д., Шулико Л.М. ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕФОИЛОВОГО ФАКТОРА З С ЛИПИДОГРАММОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ У ПОДРОСТКОВ.....	71
Порецкова Г.Ю., Бесчастная Е.О. ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	72
Прилуцкая В.А. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ КРУПНОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ И НАРУШЕНИЙ ТРАЕКТОРИИ РОСТА В ПЕРВЫЕ ДВА ГОДА ЖИЗНИ	73
Прокотьева В.Д., Федотова М.М., Куленич В.В., Ровицкая В.А., Кутас У.В., Федорова О.С. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ КОГОРТНОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ	74
Прохорова И.С., Козыро И.А. СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ПРИМЕРЕ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ	75
Пыркова С.А., Боков А.М. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАННЕЙ АМБУЛАТОРНОЙ СТАДИИ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ ДЮШЕННА.....	76
Пыркова С.А., Сулова Н.Б. СИНДРОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ	77
Рагимова Н.Д., Гусейнова Н.Ф. РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ МУЛЬТИОРГАННОЙ ДИСФУНКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С СЕПСИСОМ	78
Радченко Т.С., Крутикова Н.Ю. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И РИСК ОСТЕОПЕНИИ У ПОДРОСТКОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	79
Рубан А.П., Дремук И.А., Василевский И.В., Шамова Е.В., Гончаров А.Е. УРОВНИ И АКТИВНОСТЬ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ	80
Салехова Г.Б., Рагимова Н.Д., Ализаде Г.А. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ДЕФИЦИТОМ ПИРUVАТКИНАЗЫ	81
Самороднова Е.А., Закирова А.М., Ильина М.С., Морозова В.А. ИЗУЧЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	82
Сапотницкий А.В., Прилуцкая В.А., Панулина Н.И., Прилуцкий А.С., Теслова О.А. СИМУЛЯЦИОННЫЙ МЕТОД ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	83
Семенихина К.Н., Будылева А.Г. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМЫ У РЕБЕНКА С ГИПЕРТРОФИЕЙ АДЕНОИДОВ.....	84
Серебрякова Е.Н., Шилова Т.В., Кожевников А.С. ВРОЖДЕННЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ (ДЕФИЦИТ DOCK8): ВЗГЛЯД ПЕДИАТРА, ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ.....	85

<i>Симченко А.В.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ КАТАМНЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	86
<i>Сиротина А.Д., Пак С.П., Рудьман А.Г., Барзунова Т.В., Съемищикова Ю.П.</i> ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ	87
<i>Сиротченко Т.А., Караманешта М.М.</i> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ	88
<i>Скударнов Е.В., Лобанов Ю.Ф., Санина О.О., Строзенко Л.А., Пономарёв В.С.</i> ОСОБЕННОСТИ ФОЛАТНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	89
<i>Соболева Л.П., Горбунова Е.А., Устинова Н.В., Басова А.Я.</i> ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	90
<i>Сон Т.Р., Иноятлова Ф.И.</i> АНАЛИЗ МАРКЕРНОГО ПРОФИЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	91
<i>Соннов В.В.</i> АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ	92
<i>Сорокина Е.Ю., Шилина Н.М., Джумагазиев А.А., Отто Н.Ю., Сосиновская Е.В., Филипчук А.В., Безруков Т.Д.</i> АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА RS9939609 ГЕНА FTO С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНИ	93
<i>Сучкова Л.А., Канюшкина Д.О., Седунов В.В.</i> СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАНГИОМЫ ШЕИ У ДЕВОЧКИ 1,5 ЛЕТ	94
<i>Тананакина Т.П., Безкаравайный Б.А., Лысенко Е.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПОКАЗАТЕЛЯМИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ ПО МЕТОДИКЕ В.Ф. БАЗАРНОГО	95
<i>Турабидинова Г.А., Турдиева Ш.Т.</i> СВЯЗЬ УРОВНЯ ТОКОФЕРОЛА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ С КЛЕТОЧНЫМ ИММУНИТЕТОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ.	96
<i>Турдиева Ш.Т., Насирова Г.Р.</i> ПРЕВАЛИРУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	97
<i>Туров Ф.О., Яцък С.П., Крапивкин А.И.</i> СОСТОЯНИЕ УРОБИОМА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	98
<i>Тхакушинова Н.Х., Гольберг Е.Н., Бевзенко О.В., Плетнева А.Е.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ	99
<i>Фатахова М.Т., Куницына В.Г., Рубинштейн П.А.</i> СОПУТСТВУЮЩАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	100
<i>Филькина О.М., Мальшикина А.И., Кочерова О.Ю.</i> УЧАСТИЕ ВОЛОНТЕРОВ-МЕДИКОВ В ПОВЫШЕНИИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПОДРОСТКОВ 15–17 ЛЕТ О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ	101
<i>Фисюн И.В., Кузнецова Т.А.</i> ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАПУЩЕННЫХ СЛУЧАЕВ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ	102
<i>Хан М.А., Вахова Е.Л., Гоменюк Е.Ю., Саенко И.В.</i> ИМИТАТОР ОПОРНОЙ НАГРУЗКИ — НОВЫЙ И ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЛОСКОСТОПИЕМ	103
<i>Хан М.А., Дегтярева М.Г., Микитченко Н.А., Трояновская Е.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ НЕЙРОРАЗВИВАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС	104
<i>Хан М.А., Меновищикова Л.Б., Лян Н.А., Львова А.В., Костомарова Е.А.</i> ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ	105
<i>Харламова Н.В., Матвеева Е.А., Кулида Л.В., Панова И.А.</i> ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВЫРАЖЕННЫМ СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ	106
<i>Цатурян Н.Л.</i> ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	107

<i>Чебаргина М.А., Сенькевич О.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ РОССИИ	108
<i>Чернышева Н.В., Молочный В.П.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ ДЕТЕЙ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ	109
<i>Чичерин Л.П., Щепин В.О.</i> ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ РОССИИ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ	110
<i>Шаробаро В.Е., Бекезин В.В., Сорокина Л.А.</i> ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В Г. СМОЛЕНСКЕ	111
<i>Шаршова О.Г., Чубаров Т.В., Жданова О.А., Смыкова Е.Е., Белянская А.Д., Зыбенко А.Ю.</i> ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ЛИРАГЛУТИДОМ НА КОМПОЗИЦИОННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ	112
<i>Шестакова В.Н., Андреюк А.Д., Соколова В.С., Зуева С.Р.</i> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ	113
<i>Шин В.Ф., Мушегян Ж.Г., Зазьян А.В., Колесникова И.Д., Тасуева К.С., Шадьжева Т.М., Шевченко В.К., Фурсова В.И.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА А (H3N2) У ДЕТЕЙ	114
<i>Шин В.Ф., Мушегян Ж.Г., Зазьян А.В., Колесникова И.Д., Шевченко В.К., Тасуева К.С., Шадьжева Т.М., Фурсова В.И.</i> МИКОПЛАЗМЕННАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ В РОСТОВЕ-НА-ДОНУ	115

Часть II

XV Форум детских медицинских сестер

<i>Докич Ю.Ю.</i> РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	116
<i>Ковзик Н.С.</i> ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	117
<i>Малеева Н.П., Кацова Г.Б., Карпов В.Н.</i> НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ГОРОДСКИХ ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ	118
<i>Мелентьева А.А.</i> ПРОФОРИЕНТАЦИЯ ШКОЛЬНИКОВ – ШАГ В БУДУЩУЮ ПРОФЕССИЮ	119
<i>Погадаева С.Г.</i> ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА	120
<i>Смыслова А.Ю.</i> ОТКРЫТАЯ РЕАНИМАЦИЯ – СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ДООПЕРАЦИОННЫЙ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОДЫ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ	121
<i>Филинова Д.А.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОГО ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ ФЕЛЬДШЕРОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	122
<i>Филиппова О.С.</i> НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ В ГУЗ «ДКМЦ Г. ЧИТЫ»	123
<i>Цибулина С.Б.</i> РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАЛЛИАТИВНЫМ СТАТУСОМ	124

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Абдуллаева Ф.Г. 45
Абдуллина Г.А. 1
Азарова Н.В. 2
Азимова Ю.К. 6
Акберова А.А. 1
Алексеева Л.А. 66
Алиева Э.И. 42
Ализаде Г.А. 81
Ананьева М.А. 3
Андреюк А.Д. 4, 113
Анисимова А.О. 5
Аскарлова М.О. 57
Ахмадуллина А.А. 6
Ахмадуллина Э.М. 6
Ахмедова И.М. 7
Багаутдинова А.Р. 6
Бадалова З.А. 8
Барзунова Т.В. 87
Басова А.Я. 90
Батурин В.А. 21
Бевзенко О.В. 99
Безкаравайный Б.А. 9, 10, 95
Безрукова Д.А. 33
Безруков Т.Д. 33, 93
Бекезин В.В. 111
Белоцерковцева Л.Д. 35
Беляева И.А. 11
Белянская А.Д. 112
Бесчастная Е.О. 72
Бобошко А.В. 12
Богданова Е.А. 13
Бойдак М.П. 14
Боков А.М. 76
Бомбардирова Е.П. 11
Будылева А.Г. 84
Булычева Е.В. 15, 16
Бурдукова А.О. 70
Буркова А.А. 68
Бурлуцкая А.В. 17–20
Быков Ю.В. 21
Валиева Н.К. 45
Варламова Т.В. 22
Васендина М.В. 38
Васенёва Ю.О. 24
Василевский И.В. 80
Васильева Е.И. 23, 68
Вахлова И.В. 24
Вахова Е.Л. 103
Виктор С.А. 14
Вишня А.А. 25
Власенко Н.Ю. 26, 27
Вознюк И.Н. 61
Волкова Ю.В. 28
Воробьёва А.П. 21
Гарина Г.А. 29
Гаянова М.А. 1
Глушко Ю.В. 39
Глуценко В.А. 4, 13

Гольберг Е.Н. 99
Гоменюк Е.Ю. 103
Гончарик А.В. 14
Гончаров А.Е. 80
Горбунова Е.А. 30, 90
Гордеева О.Б. 34
Горячева Л.Г. 66
Грешнякова В.А. 66
Гурина Е.С. 31
Гусейнова Н.Ф. 78
Гусина А.А. 69
Даминова М.А. 57
Дегтярева М.Г. 104
Демяненко А.Н. 32
Джепаров Н.Д. 71
Джумагазиев А.А. 33, 93
Динмухаммадиева Д.Р. 48
Доброток А.В. 34
Докич Ю.Ю. 116
Донников М.Ю. 35
Дремук И.А. 80
Дубровская И.В. 36
Ермолаева Ю.А. 37
Ершова И.Б. 38–41
Жданова О.А. 112
Жирков А.А. 66
Загидуллина А.А. 53
Зазьян А.В. 114, 115
Закирова А.М. 82
Зарипова Ю.Р. 22, 63
Зенченко О.А. 28
Зокиров Н.З. 42
Зуева С.Р. 4, 113
Зыбенко А.Ю. 112
Иго О.Л. 63
Икрамова Н.А. 43
Ильина М.С. 82
Иногамова Г.З. 44, 45
Иноземцева Д.А. 17–19
Иноятова Ф.И. 43–46, 91
Кадырходжаева Х.М. 46
Казанцева Е.Д. 47
Камалова А.А. 6, 29
Канюшкина Д.О. 94
Караманешта М.М. 88
Каргаполова К.И. 27
Каримджанов И.А. 48
Каримуллин Г.А. 49
Карпов В.Н. 118
Каталкина К.С. 30
Кацова Г.Б. 118
Коваленко Л.В. 35
Ковеленова Д.А. 58
Ковзик Н.С. 117
Кожевников А.С. 85
Козик И.Е. 23
Козловский А.А. 50, 51
Козыро И.А. 52, 75

- Колбасин Л.Н. 35
Колесникова И.Д. 114, 115
Колыбенко М.И. 69
Кондратенко О.А. 52
Король-Захаревская Е.Л. 14
Костик М.М. 57
Костомарова Е.А. 105
Котова П.О. 70
Кочерова О.Ю. 101
Крапивкин А.И. 98
Краснов А.В. 42
Крутикова Н.Ю. 79
Крымская О.С. 67
Кузнецова П.В. 27
Кузнецова Т.А. 36, 102
Кузьмина Е.А. 57
Кулакова Г.А. 53
Куленич В.В. 74
Кулида Л.В. 106
Куницына В.Г. 100
Курмаева Е.А. 53
Куршина М.В. 54
Кутас У.В. 74
Лапицкая Е.В. 51
Лейкина В.В. 55
Литвинова О.Н. 56
Литвинов Г.А. 56
Лобанов Ю.Ф. 89
Лутфуллин И.Я. 57
Лысенко Е.А. 10, 95
Львова А.В. 105
Лян Н.А. 105
Ляхова Д.В. 71
Мадаминаева М.Ш. 48
Макаркина Е.П. 70
Макарова К.А. 57
Малеева Н.П. 118
Малых А.Л. 58
Малых Д.А. 58
Малышкина А.И. 101
Малюга О.М. 25, 28
Мамедова З.У. 59
Мамедова С.Н. 59, 60
Маруева Т.А. 20
Марченко Н.А. 65
Массоров В.В. 21
Масюта Д.И. 65
Матвеев А.В. 61
Матвеева Е.А. 106
Мелентьева А.А. 119
Мелентьева А.П. 62
Меновщикова Л.Б. 105
Микитченко Н.А. 104
Мифтахутдинова Г.А. 6
Михайловская Е.Г. 63
Молочный В.П. 109
Морозкина А.В. 35
Морозова В.А. 82
Моторенко Н.В. 64
Мухаметдинова Г.И. 53
Мухутдинова К.И. 6
Мушегян Ж.Г. 114, 115
Назарова И.Д. 7
Налетов А.В. 65
Насирова Г.Р. 97
Неяскина Е.С. 37
Никифорова А.О. 66
Носкова А.С. 67
Овчинников Д.С. 34
Оленич М.В. 27
Омолоева Т.С. 68
Отто Н.Ю. 33, 93
Павлинова Е.Б. 26, 27
Павлова А.А. 6
Пак С.П. 87
Панасюк М.К. 49
Панова И.А. 106
Панулина Н.И. 83
Пашук С.Н. 69
Петренко О.В. 40
Петрова А.Г. 47
Пизнюр И.В. 70
Плетнева А.Е. 99
Погадаева С.Г. 120
Погодина А.В. 5
Подчиненова Д.В. 71
Пономарева Д.А. 37
Пономарёв В.С. 89
Попова А.Д. 27
Порецкова Г.Ю. 72
Потапова Н.А. 42
Прилуцкая В.А. 14, 73, 83
Прилуцкий А.С. 83
Пристром И.Ю. 14
Прокопьева В.Д. 74
Пронина Е.В. 70
Прохорова И.С. 75
Пыркова С.А. 76, 77
Рагимова Н.Д. 78, 81
Радченко Т.С. 79
Раева Г.Ф. 70
Разборова Р.С. 3
Рахмаева Р.Ф. 6
Ровицкая В.А. 74
Роговцова А.Г. 41
Рубан А.П. 80
Рубинштейн П.А. 100
Рудьман А.Г. 87
Рычкова Л.В. 5
Савченко О.А. 26
Садыков М.М. 57
Саенко И.В. 103
Салехова Г.Б. 81
Салихова М.З. 7
Самойлова Ю.Г. 71
Самороднова Е.А. 82
Санина О.О. 89
Сапотницкий А.В. 83
Сафина А.И. 57
Седунов В.В. 94

- Семенихина К.Н. 84
Сенькевич О.А. 108
Серебрякова Е.Н. 85
Сероштан Е.Ю. 9
Симченко А.В. 86
Сиротина А.Д. 87
Сиротченко Т.А. 88
Скобликова О.А. 70
Скударнов Е.В. 25, 28, 89
Смирнова О.Я. 34
Смыкова Е.Е. 112
Смыслова А.Ю. 121
Соболева Л.П. 90
Соколова В.С. 4, 113
Сокольников А.А. 33
Соловьева Н.А. 53
Соннов В.В. 92
Сон Т.Р. 91
Сорокина Е.Ю. 33, 93
Сорокина Л.А. 111
Сосин Д.В. 4
Сосиновская Е.В. 33, 93
Старостина О.В. 49, 67
Статова А.В. 20
Строзенко Л.А. 89
Суслова Н.Б. 77
Сучкова Л.А. 94
Съемщикова Ю.П. 87
Тананакина Т.П. 10, 95
Тасуева К.С. 114, 115
Теваев Р.Ф. 2
Теслова О.А. 83
Титова З.А. 28
Титова Н.Д. 64
Толкова К.А. 13
Трояновская Е.А. 104
Турабидинова Г.А. 96
Турдиева Ш.Т. 96, 97
Турович И.В. 36
Туров Ф.О. 98
Турти Т.В. 11
Тхакушинова Н.Х. 99
Удачина Э.И. 57
Умаров Д.А. 48
Устинова Н.В. 30, 90
Фатахова М.Т. 100
Федорова О.С. 62, 74
Федосеева Л.В. 58
Федотова М.М. 74
Филатов В.С. 57
Филинова Д.А. 122
Филиппова О.С. 123
Филипчук А.В. 33, 93
Филькина О.М. 101
Фисюн И.В. 102
Фурсова В.И. 114, 115
Ханафина М.А. 29
Хан М.А. 103–105
Харламова Н.В. 3, 106
Цатурян Н.Л. 107
Цибулина С.Б. 124
Чебаргина М.А. 108
Чернышева Н.В. 109
Чичерин Л.П. 110
Чубаров Т.В. 112
Шадыжева Т.М. 114, 115
Шамова Е.В. 80
Шарипова О.В. 57
Шаробаро В.Е. 111
Шаршова О.Г. 112
Шевченко В.К. 114, 115
Шестакова В.Н. 4, 13, 113
Шилина Н.М. 33, 93
Шилова Т.В. 85
Шин В.Ф. 114, 115
Шукенбаева Р.А. 11
Шулико Л.М. 71
Щепин В.О. 110
Юдина Е.О. 62
Юдицкая Т.А. 27
Юмашева С.Ю. 57
Юнгман Н.В. 27
Яндышева Д.Г. 23
Яровая О.А. 56
Яцык С.П. 98
Яшкова Л.В. 63

РЕДКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
НЕ ТАКИЕ УЖ И РЕДКИЕ...



Нейрофиброматоз 1 типа (НФ1)

Узнайте больше
на сайте HE-ТОЧКА.РФ



УЗНАЙТЕ



Дефицит лизосомной кислой липазы (ДЛКЛ)

Узнайте больше
на сайте LALD.RU



БОЛЬШЕ

Гипофосфатазия (ГФФ)

Узнайте больше
на сайте HPPCENTER.RU



Материал предназначен для специалистов
здравоохранения
ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»
123112, г. Москва, 1-й Красногвардейский
проезд, д.21, стр.1., 30 этаж
Телефон: +7 (495) 799-56-99,
Сайт: www.astrazeneca.ru
Номер одобрения: KAN-RU-20177
Дата одобрения 21.02.2024
Дата истечения 20.02.2026



ОТСКАНИРОВАВ QR-КОД

AstraZeneca

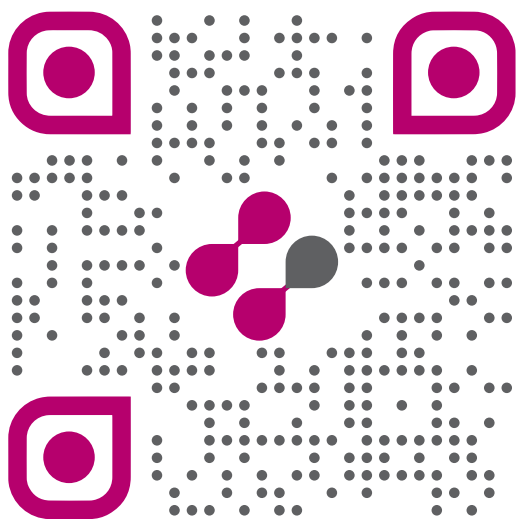
Единая диагностическая платформа редких (орфанных) заболеваний

Миссия проекта – объединяем усилия для диагностики редких (орфанных) заболеваний, способствуя их быстрому и точному выявлению.

Заболевания, включенные в программу:

- Альфа-маннозидоз
- АДА-ТКИН*
- Болезнь Фабри
- Гомозиготная семейная гиперхолестеринемия
- Липодистрофия

Для получения бесплатной диагностики редких (орфанных) заболеваний, пожалуйста, обратитесь по номеру горячей линии / адресу электронной почты



Горячая линия

8-800-707-08-66

пн-пт, 09:00-18:00 (Мск)

service@testfor.life
testfor.life

*Тяжелая комбинированная иммунная недостаточность с дефицитом аденозиндезаминазы

Диагностическая программа реализуется компанией ООО «МедКоннект» при поддержке компании ООО «Къези Фармасьютикалс», способствуя выявлению редких (орфанных) заболеваний. Материал предназначен для специалистов здравоохранения. ALL-01-02-25-PRINT-RUS



Единая диагностическая платформа редких (орфанных) заболеваний

Мобильное приложение

ПРИВИВКИ – ЛИЧНЫЙ КАЛЕНДАРЬ

Ваш
ЛИЧНЫЙ ГИД
в мире прививок



Персональный план
вакцинации



Раздел
для путешественников



Консультация
со специалистом



Присоединяйтесь!

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ
НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

