

# XXII Конгресс педиатров России с международным участием



Союз  
педиатров  
России

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ

Москва, 21–23 февраля 2020 г.

## СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ КОНГРЕССА

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

Десятилетие детства  
в Российской Федерации



2018–2027





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

**Москва, 21–23 февраля 2020 г.**

# ЧАСТЬ I

**Абдуллаева Г. М.**

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

## **МОНИТОРИНГ СКОРОСТИ РОСТА НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ИХ ЗДОРОВЬЯ**

**Актуальность.** Одним из безопасных и эффективных методов выхаживания недоношенных детей является обеспечение полноценной нутритивной поддержки. Задержка роста и медленная прибавка массы тела связаны с неблагоприятными долгосрочными когнитивными и нейродегенеративными последствиями. Выбор метода вскармливания этих детей обусловлен общим состоянием и степенью морфофункциональной зрелости ребенка. Контроль одного общепринятого показателя, каким является вес ребенка, является недостаточным, так как не отражает действительной картины наблюдаемых изменений в его физическом развитии. Актуальность данной проблемы требует разработки алгоритмов и определения показателей адекватности питания.

**Цель исследования.** Проведение комплексной оценки состояния здоровья ребенка на основании изменения целого паттерна показателей — веса, окружности головы, роста, индекса массы тела (ИМТ) в зависимости от метода и типа вскармливания.

**Пациенты и методы.** В наблюдении участвовали 100 детей, равное количество мальчиков и девочек, в том числе 23 ребенка с ЭНМТ и 77 — с ОНМТ, из них 36 находились на исключительно грудном вскармливании, 18 — на грудном вскармливании с фортификацией, 35 — на смешанном, 11 — на искусственных смесях для недоношенных детей. Для достижения оптимальных показателей физического развития и удовлетворительных функциональных параметров физиологические потребности недоношенных детей рассчитывались на основе рекомендаций Европейского общества по педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания «Энтеральное питание недоношенных новорожденных» (ESPGHAN, 2010). При частичном и полном энтеральном питании целевая потребность в энергии недоношенного ребенка составляла 110–135 ккал/кг/день. Для мониторинга роста, веса и окружности головы недоношенного ребенка были использованы центильные кривые параметров развития девочек и мальчиков в зависимости от гестационного возраста (Fenton T. R., 2013). Оценка неврологического статуса производилась по Н. П. Шабалову (2008), психомоторного развития проводилась по шкале Р. Гриффитса (1954).

**Результаты.** Параметры физического развития имеют различную клинико-диагностическую ценность. Так, длина тела характеризует процессы роста детского организма, масса тела свидетельствует о развитии костно-мышечного аппарата, подкожно-жировой клетчатки, внутренних органов. Увеличение окружности головы в первые месяцы жизни, отражающее активный рост головного мозга, имеет важное прогностическое значение для дальнейшего умственного развития ребенка в дошкольном и подростковом возрасте. Установлена прямая корреляционная связь (на уровне значимости  $p \leq 0,05$ ) между скоростью прироста веса (г/день), роста (см/нед) и окружности головы (см/нед) в течение первого и второго этапов выхаживания и исходами физического и психомоторного развития к 18–22 мес скорректированного возраста. Наибольшее соответствие центильному коридору свыше 20 и меньше 70 показали дети, находящиеся на грудном вскармливании с фортификацией, и дети, получающие специализированные лечебные смеси для недоношенных. Необходимо отметить, что у детей, вскармливаемых только грудным молоком и получающих смешанное питание, отмечались задержка роста при хорошей прибавке массы тела и незначительное отставание в приросте окружности головы. Перевод таких детей на питание с индивидуально подобранными нутриентами с расчетом калоража и темпа вскармливания улучшал показатели моторики, социальной адаптации, полноты эмоционального реагирования. В течение первого года жизни у детей с хорошим соответствием антропометрических данных постнатальному возрасту отмечался быстрый регресс метаболических нарушений, неврологической патологии, а также хорошая оценка по шкале Гриффитса в 96,5% случаев. В группах детей с отставанием прироста окружности головы и ИМТ наблюдалось сохранение психомоторной задержки развития и по шкале Гриффитса соответствие нормам только в 50% случаев.

**Заключение.** Полученные данные позволяют утверждать, что для надежной оценки адекватности нутритивной поддержки следует использовать не только показатели весовой кривой, но и рост, и окружность головы ребенка. При этом сопряженное изменение этих параметров можно контролировать по центильным кривым, соответствующих сроку гестации. Выбор типа и темпа вскармливания должен определяться индивидуальными особенностями недоношенного ребенка и его растущими энергетическими потребностями, которые восполняются грудным молоком с фортификацией либо лечебными смесями.

**Абдуллаева Н. Ш.**

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

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ г. ДУШАНБЕ ПО ДАННЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Актуальность.** Физическое развитие растущего организма является одним из основных показателей состояния здоровья ребенка. Актуальность данного исследования была обусловлена необходимостью установления изменений в процессах физического развития детей и разработкой региональных нормативов для его оценки.

**Цель исследования.** Оценить физическое развитие современных детей раннего и дошкольного возраста по региональным нормативам и сравнить с данными исследованиями 2001 г.

**Пациенты и методы.** Для проведения исследования были использованы показатели физического развития 7262 детей (3758 (51,7%) мальчиков и 3504 (48,3%) девочек), собранные в 2001 г. и 7319 детей (3908 (53,4%) мальчиков и 3411 (46,6%) девочек), коренных жителей г. Душанбе, для создания региональных нормативов ФР в 2018 г. Полученные при антропометрических обследованиях числовые показатели подвергались вариационно-статистической разработке для получения средних показателей — стандартов физического развития. Разработка стандартов физического развития детей разных возрастно-половых групп основана на учете корреляционной зависимости между указанными параметрами.

**Результаты.** Сравнительный анализ физического развития выявил, что длина тела детей раннего возраста в 2001 году была достоверно выше своих современных ровесников, причем как у мальчиков ( $78,20 \pm 0,33$  см — 2001 г.,  $76,21 \pm 0,18$  см — 2018 г.), так и у девочек ( $76,90 \pm 0,36$  см — 2001 г.,  $75,37 \pm 0,21$  см — 2018 г.) ( $p < 0,001$ ). В дошкольном возрасте длина тела мальчиков в 2001 г. составляла  $115,45 \pm 0,57$  см, а в 2018 г. —  $111,40 \pm 0,43$  см ( $p < 0,001$ ). В то время как, у современных девочек в данном возрасте длина тела немного превышала ( $113,27 \pm 0,34$  см) таковые показатели девочек 2001 г. —  $112,91 \pm 0,63$  см ( $p > 0,05$ ). Масса тела современных детей раннего возраста составила у мальчиков  $9,43 \pm 0,84$  см, у девочек —  $9,06 \pm 0,71$  см. Показатели массы тела в 2001 г. составляли у мальчиков —  $9,37 \pm 0,18$  см, девочек —  $8,67 \pm 0,21$  см. В дошкольном возрасте масса тела современных детей была статистически значима: мальчики —  $22,30 \pm 0,50$  см в 2018 г.,  $21,17 \pm 0,22$  см в 2001 г.; девочки —  $22,05 \pm 0,61$  см в 2018 г.,  $19,76 \pm 0,26$  см в 2001 г. Существенное превышение массы тела, при отсутствии соответствующих изменений в показателях длины тела, свидетельствует о негативных изменениях в физическом развитии детей, произошедших за период с 2001 по 2018 г.

**Заключение.** Применение местных стандартов при изучении физического развития детей позволят наиболее полно выявить отклонения в росте и развитии на региональном уровне, сравнивать контингенты детей между собой, делать выводы о влиянии среды на массо-ростовые показатели.

**Абольян Л. В.<sup>1,2</sup>, Дакинова Л. Н.<sup>1,2</sup>, Умнова Э. Э.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Перинатальный центр имени О. А. Шунгаевой, Элиста, Российская Федерация

## **МОНИТОРИНГ КЛЮЧЕВЫХ ИНДИКАТОРОВ ИНИЦИАТИВЫ ВОЗ/ЮНИСЕФ «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ» НА УРОВНЕ РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

**Актуальность.** Внедрение Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) на уровне родовспомогательных учреждений, позволяют облегчить адаптацию новорожденных и улучшить дальнейшее психофизическое развитие детей.

**Цель исследования.** Оценить уровень ИГВ к выписке из акушерских стационаров на фоне внедрения принципов ИБДР за период с 1998 г. по 2017 г.

**Пациенты и методы.** Проводился мониторинг индикаторов, рекомендованных ВОЗ и НПЦ по пропаганде, поддержке грудного вскармливания МЗ РФ в родильных залах, в палатах совместного пребывания мамы и ребенка, в ОРИТН перинатального центра Республики Калмыкия. Регистрация ключевых индикаторов ИБДР проводилась в «Учетной форме питания новорожденного» и в ф. 097у.

**Результаты.** За период внедрения ИБДР возросли: уровень новорожденных с контактом «кожа-к-коже» до 75,3%; с ранним прикладыванием к груди до 76%; с ИГВ к выписке до 93,5%; с совместным пребыванием к выписке до 91,8%. Соответственно возросли показатели и в группе недоношенных детей до 7,6%, 7,6%, 60,1%, 21,6%.

**Заключение.** Внедрение ИБДР в практику родовспомогательных учреждений способствует повышению уровня ИГВ, совместного пребывания к выписке и требуют проведения четкого мониторинга ключевых индикаторов на этапах оказания медицинской помощи новорожденным.

**Аксенов Н. А., Якушин А. С., Денисов М. Ю.**

*Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Российская Федерация*

## **ИЗУЧЕНИЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО И НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

**Актуальность.** Дети, страдающие детским церебральным параличом (ДЦП), нередко причисляются к группе нарушенного нутритивного статуса и имеют ту или иную форму мальнутриции. Последствия нарушения питания, наряду с физическими и функциональными нарушениями, приводят к неполноценной реабилитации ребенка.

**Цель исследования.** Изучить гастроэнтерологический и нутритивный статусы у пациентов детского возраста, страдающих церебральным параличом.

**Пациенты и методы.** В исследование включено 14 детей в возрасте от 2 до 12 лет с ДЦП. Оценка гастроэнтерологического статуса производилась путем сбора анамнеза заболевания, в т. ч. жалоб родителей в отношении ребенка, проведения объективного физикального осмотра, включая пальпацию, перкуссию внутренних органов. Оценка физического статуса осуществлялась по специализированным центильным таблицам с измерением массы тела, роста, окружности плеча и, в ряде случаев, толщины подкожно-жирового слоя. Оценка нутритивного статуса произведена при помощи целенаправленного авторского опросника, подготовленного на основании методических рекомендаций.

**Результаты.** Нами выявлен дефицит массы тела у 57,2% обследованных детей с ДЦП. Установлено, что у 28,6% пациентов состояние характеризовалось белково-энергетической недостаточностью умеренной, у 21,4% — легкой степени тяжести. Определена корреляция между неврологическим статусом пациентов и дефицитом массы тела: 75% детей с тяжелыми двигательными нарушениями имели значимый дефицит массы тела, в то время как в группе детей с менее выраженными расстройствами характеризовался лишь в 33% случаев ( $p < 0,05$ ). При оценке гастроэнтерологического статуса, доминирующим признаком, наблюдаемым у 85,7% детей, оказался избирательный аппетит относительно определенных групп продуктов питания. Эти дети проявляли склонность к углеводистой пище, избегая овощей, мяса и рыбы. В силу алиментарных причин, у таких пациентов преимущественно диагностирован функциональный запор. При оценке нутритивного статуса, питание 78,6% пациентов характеризовалось недостаточной калорийностью относительно метаболических потребностей, дефицитом животного белка, что потребовало незамедлительной коррекции.

**Заключение.** Пациенты детского возраста с ДЦП характеризуются недостаточной массой тела, легкой и умеренной белково-энергетической недостаточностью, избирательным аппетитом, функциональными расстройствами ЖКТ. Реабилитация таких детей требует нутритивной поддержки с самых ранних этапов выхаживания.

**Алдибекова Г. И.**

*Медицинский университет Астаны, Нур-Султан, Республика Казахстан*

## **ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Концепция факторов риска позволила включить в сферу внимания врачей не только больных, но и здоровых людей. В настоящее время доказано, что дислиппротеинемия является одним из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) обусловленных атеросклерозом. Доказано, что корни основных ССЗ следует искать в детском и подростковом периодах жизни.

**Цель исследования.** Оценить состояние липидного статуса у детей дошкольного возраста в зависимости от характера питания в первые 6 мес жизни.

**Материал и методы.** Обследовано 100 здоровых детей: 59 мальчиков и 41 девочек, в возрасте от 2 до 5 лет (средний возраст  $3,17 \pm 0,31$  лет). Родителям исследуемых детей проводилось анкетирование содержащие вопросы по характеру питания первые 6 мес жизни. Детям проводилось лабораторное исследование: определялись уровни общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови. В зависимости от типа питания дети были распределены на 3 группы. I группу ( $n = 43$ ) составили дети, которые находились на грудном вскармливании. II группу ( $n = 17$ ) сформировали обследуемые находившиеся на искусственном питании. В III группу ( $n = 40$ ) вошли дети, находившиеся на смешанном питании. Статистическая обработка данных производилась с использованием пакета статистической программы SPSS Statistics 22.

**Результаты и обсуждение.** Средние показатели липидного спектра крови групп детей, распределенных по типу питания, не выходили за пределы референтных границ, однако значения отдельных показателей липидограммы у некоторых обследуемых превышали границы рекомендуемых уровней. Средние показатели липидов детей I-й подгруппы: ОХ  $2,77 \pm 0,06$ ; ТГ  $0,85 \pm 0,06$ ; ЛПВП  $0,98 \pm 0,03$ ; ЛПНП  $1,58 \pm 0,08$ . Средние показатели липидов детей II подгруппы: ОХ  $4,41 \pm 0,15$ ; ТГ  $0,92 \pm 0,1$ ; ЛПВП  $1,09 \pm 0,08$ ; ЛПНП  $3,12 \pm 0,07$ . Средние показатели липидов детей III подгруппы: ОХ  $3,68 \pm 0,07$ ; ТГ  $0,66 \pm 0,33$ ; ЛПВП  $1,18 \pm 0,03$ ; ЛПНП  $2,25 \pm 0,06$ . Из полученных результатов, следует отметить, что наименьшие отклонения показателей липидограммы определялись у детей во I группе, т.е. у тех, кто находился на грудном вскармливании с рождения. По средним показателям липидограммы, у детей находившиеся на искусственном вскармливании характерно наличие более выраженных атерогенных нарушений в липидном обмене, по сравнению с остальными группами. Проведен дисперсионный анализ, который показал наличие высоко статистически значимых различий между группами вскармливания и уровнем холестерина ( $F$  (девиата) = 83,415;  $p < 0,001$ ). Критерий Уоллера–Дункана определил, что для каждой группы вскармливания соответствует определенное подмножество среднего уровня холестерина. Наиболее высокий уровень холестерина выявлен в группе детей, находившихся на искусственном вскармливании (ОХС =  $4,41 \pm 0,15$ ). На 2-м месте — группа детей, находившихся на смешанном питании (ОХС =  $3,7 \pm 0,073$ ); на 3-м месте — группа детей, находившихся на естественном питании (ОХС =  $2,77 \pm 0,065$ ).

**Выводы.** У детей находящихся исключительно на искусственном питании первые 6 мес жизни отмечаются повышение средних значений липидного спектра, что может в дальнейшем способствовать развитию атерогенных нарушений. Искусственное и смешанное вскармливание могут являться предикторами развития гиперлипидотеидемии ( $p < 0,001$ ).



Арсланова А. Ю.<sup>1,2</sup>, Алискандиев А. М.<sup>1,2</sup>, Израилов М. И.<sup>1,2</sup>,  
Алискандиева З. А.<sup>1,2</sup>, Махачев С. М.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> Детская республиканская клиническая больница им. Н. М. Кураева, Махачкала,  
Российская Федерация

## ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

**Актуальность.** Болезни органов дыхания, несмотря на достигнутые успехи, по данным официальной статистики, лидируют в структуре детской заболеваемости. Внебольничная пневмония (ВП) чаще встречается в раннем и дошкольном возрасте.

**Цель исследования.** Установить клинико-этиологические, особенности течения ВП у детей раннего возраста Республики Дагестан.

**Пациенты и методы.** В качестве источников информации для оценки динамики заболеваемости ВП использованы: «статистический талон для регистрации уточненных заключительных диагнозов» (форма № 025/у); «статистическая карта выбывшего из стационара» (форма № 066/у); «акт записи о смерти»; состояние здоровья населения Республики Дагестан за 2014–2018 гг. Проведен анализ данных 204 детей, проживающих в различных климатогеографических зонах РД. Из них мальчиков — 124 (60,8%), девочек — 80 (39,2%). В возрасте от 6 мес до 1 года составили 78 (38,2%) детей, от 1 года до 3 лет наблюдались 126 (61,8%) пациентов.

**Результаты.** У детей раннего возраста ВП была легкой и среднетяжелой. В основном выявлялись очаговые 54,4%, очагово-сливные — 28,4%, сегментарные 17,2% формы ВП. Тяжесть течения ВП зависела от высоты расположения местности над уровнем моря. В среднегорной зоне и низкогорье преобладали сегментарные и очагово-сливные формы ВП. Во всех климатогеографических зонах с высокой степенью достоверности ( $p < 0,001$ ) *S. pneumoniae* остается основным возбудителем внебольничной пневмонии у детей от 6 мес до 3 лет (48,1%), проживающих в различных климатических зонах РД. Достоверно значительно меньшую роль играют другие микроорганизмы (*S. aureus*, *H. influenzae*, *S. viridans*, *S. pyogenes*).

**Заключение.** Следовательно, ВП у детей раннего возраста была легкой и среднетяжелой, преимущественно очаговая и пневмококковой этиологии. Тяжесть течения внебольничной пневмонии зависело от высоты расположения местности над уровнем моря.



**Ахматалиева М., Хамзаев К. А.**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТАКРОЛИМУСА И ЦИКЛОСПОРИНА А В ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Циклоспорин А (ЦсА) и такролимус (ТАК) являются альтернативным выбором лечения у детей с идиопатическим нефротическим синдромом.

**Цель исследования.** Изучение эффективности применения такролимуса и циклоспорина А в лечении идиопатического нефротического синдрома у детей.

**Пациенты и методы.** В этом проспективном исследовании мы оценивали эффективность и безопасность ЦсА и ТАК в индукции и поддержании ремиссии у 74 детей с идиопатическим нефротическим синдромом (ИНС). ЦсА применяли у 24 детей, ТАК у 50 детей.

**Результаты.** С точки зрения кратковременной эффективности у детей со стероидрезистентным нефротическим синдромом ТАК был более эффективен, чем ЦсА, ( $\chi^2 = 3,75$ ,  $p = 0,001$ ), хотя достоверной разницы в количестве рецидивов у пациентов с полной ремиссией между двумя группами лечения выявлено не было (первый год:  $\chi^2 = 0,261$ ,  $p = 0,88$ ; второй год:  $\chi^2 = 2,685$ ,  $p = 0,26$ ). У пациентов с часто рецидивирующим или стероидозависимым нефротическим синдромом между двумя группами не было выявлено достоверных различий в кратковременной ремиссии ( $\chi^2 = 1,908$ ,  $p = 0,39$ ) или частоте рецидивов во время наблюдения (в течение первого года:  $\chi^2 = 1,046$ ,  $p = 0,59$ ; в течение второго года:  $\chi^2 = 0,587$ ,  $p = 0,75$ ). Наблюдалась разница в частоте побочных эффектов между двумя группами лечения [нефротоксичность: 4/24 (ЦсА) против 0/50 (ТАК),  $p = 0,002$ ; гирсутизм: 8/24 (ЦсА) против 0/50 (ТАК),  $p < 0,001$ ].

**Заключение.** В лечении стероидрезистентного нефротического синдрома ТАК показал более высокую эффективность и меньшую нефротоксичность, хотя снижение частоты рецидивов при длительном наблюдении не наблюдалось, что указывает на одинаковую эффективность ТАК и ЦсА в снижении частоты рецидивов ИНС.

**Ахметова С. В., Бобырева А. С., Мхитарян К. Э.**

*Медицинский университет Караганды, Караганда, Республика Казахстан*

## **ОЦЕНКА ГРАМОТНОСТИ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ПМСП В ВОПРОСАХ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ**

**Актуальность.** Нерациональное питание, как количественное (дефицит или избыток поступления основных и минорных пищевых веществ), так и качественное (дисбаланс нутриентного состава) может приводить к осложнениям во время беременности и нарушению развития плода и новорожденного. Период вскармливания является не менее значимым периодом метаболического программирования на всю последующую жизнь, и грамотное его ведение заслуживает отдельного внимания.

**Цель исследования.** Оценить уровень грамотности врачей акушеров-гинекологов ПМСП в вопросах питания беременных женщин, кормящих матерей, процессе вскармливания.

**Пациенты и методы.** Всего в опросе приняло участие 50 врачей акушеров-гинекологов Центрального Казахстана, работающих в первичном звене медико-санитарной помощи (поликлиники, консультации). Опрос проводился методом активного анкетирования. Обработка результатов методами статистического анализа.

**Результаты.** Вопросы питания кормящей женщины обсуждались 76% опрошенных врачей, оставшиеся 24%, эту тематику не затрагивают. 86% акушеров-гинекологов обсуждают вопросы преимущества естественного вскармливания, 14% врачей беседы на эту тему не проводят. Вопросы сохранения грудного вскармливания обсуждались в 68% случаев. В 46% случаев обсуждались альтернативные возможности вскармливания новорожденного. 72% опрошенных врачей акушеров-гинекологов, дают рекомендации беременным, родильницам о дополнительном приеме ВМК. В 40% случаев рекомендовались комбинации ВМК и препаратов, содержащих 1 активный компонент (препараты железа, кальция, фолиевая кислота), и в 7,4% только препараты, содержащие 1 действующее вещество. В 76% случаев врачи не дают рекомендаций о дополнительном приеме специализированных продуктов питания для беременных. Остальные отметили, что дают рекомендации по употреблению в пищу красного мяса и печени, фруктов и овощей, или специализированного обогащенного продукта. Необходимо отметить, что специализированные продукты питания для беременных и кормящих не завозятся в республику Казахстан уже более 3 лет, что ставит под сомнение достоверность данной рекомендации для беременных женщин.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о необходимости включения в программу Школ подготовки к родам вопросы, касающиеся питания во время беременности и периода вскармливания, питания при наличии каких-либо патологических состояний (ранний токсикоз, запоры и пр.) правила введения прикорма, поддержания естественного вскармливания, вопросы подбора молочных смесей. Занятия по данной тематике должен проводить компетентный специалист.

**Ахметова С. В., Еремичева Г. Г.**

*Медицинский университет Караганды, Караганда, Республика Казахстан*

## **РАЦИОНАЛЬНОСТЬ РЕКОМЕНДАЦИЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПМСП ПО СРОКАМ И ВИДАМ ВВОДИМОГО ПРИКОРМА**

**Актуальность.** Нерациональное питание детей является одним из ключевых факторов ухудшения их здоровья. Рынок продуктов детского питания в Казахстане недостаточно развит. В Казахстане на 1 ребенка в возрасте от 0 до 3 лет приходится 5 кг детского питания в год. В России данный показатель составляет около 24 кг.

**Цель исследования.** Оценить уровень рациональности рекомендаций врачей-педиатров ПМСП в вопросах сроков и видов вводимого прикорма для детей первого года жизни.

**Пациенты и методы.** Всего в опросе приняло участие 98 врачей-педиатров Центрального Казахстана. Опрос проводился методом активного анкетирования. Обработка результатов проведена методами статистического анализа.

**Результаты.** Практически все опрошенные врачи указали, что рекомендуют введение первого прикорма с 6 месяцев. Чаще всего, рекомендуемым продуктом первого прикорма является овощное пюре (55,45%) и молочная каша гречневая или рисовая (30,7%), фруктовое пюре (28,7%), 4,95% врачей рекомендуют, в качестве первого прикорма, мясное пюре. В единичных случаях врачи рекомендуют творог, яичный желток, кефир, айран и молоко. Второй прикорм большинство опрошенных врачей (59,7%) рекомендуют вводить в 7-месячном возрасте, 30% педиатров отметили, что фактически второй прикорм вводится в 6-месячном возрасте, без рекомендаций педиатров. 3% врачей считают оптимальным возрастом введения второго прикорма 10–12 мес. В качестве второго прикорма чаще всего дети получают: молочную кашу (кукурузная, гречневая, рисовая) — 28,7%, мясное пюре — 25,2%, овощное пюре — 24%, яичный желток — 25%, творог — 20,9%, кефир, айран — 21,78%, фруктовое пюре — 17,8%. В качестве продуктов прикорма для детей первого года жизни 73,3% врачей рекомендуют продукты домашнего приготовления, 17,8% продукты промышленного выпуска (детское питание).

**Заключение.** Участковые педиатры не уделяют должного внимания вопросам введения прикорма. Установлен необоснованный докорм продуктами, не свойственными к употреблению детьми данного возраста. Родители предпочитают продукты домашнего приготовления, нежели продукты прикорма промышленного выпуска.

**Балакирева А. В.**

*Владимирский базовый медицинский колледж, Владимир, Российская Федерация*

## **МЕРОПРИЯТИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В СИСТЕМЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Высокая частота рождения детей с нарушениями здоровья, факторы риска которых прогнозируемы на антенатальном этапе, а их профилактика, с позиции законодательства, приоритетна и обязательна для всех специалистов.

**Цель исследования.** Определить возможные проблемы в организации профилактической деятельности медработников в системе антенатальной охраны здоровья детей.

**Пациенты и методы.** По разработанным анкетам изучена информированность 86 медработников по вопросам антенатальной охраны здоровья детей, о возможностях и проблемах в организации профилактического консультирования беременных. Анкетирование 47 беременных позволило оценить их мнение о своем образе жизни, информированности о факторах риска для здоровья плода и удовлетворенность информацией, которую они получали от специалистов женских консультаций, взрослых и детских поликлиник. Анализ медицинской документации (ф. 112/у) в части дородовых патронажей (n = 58), отражает качество информирования беременных при их проведении.

**Результаты.** Правовая база по антенатальной охране здоровья детей регламентирует для специалистов женских консультаций и детских поликлиник проведение дородовых патронажей. При этом треть (29,0%) из них недооценивают влияние образа жизни беременных женщин на здоровье будущего ребенка. Вместе с тем, большинство из них считают свой уровень информированности по этим вопросам достаточным (68,6%), хотя 96,5% отмечают дефицит рабочего времени для качественного обучения беременных. Установить получают ли женщины рекомендации о факторах риска, не представляется возможным, ввиду отсутствия листов дородовых патронажей в большинстве ф. 112/у. Так, анализ медицинской документации, показал, что листы дородовых патронажей содержатся лишь в каждом пятом документе (20,7%) (наличие заполненного листа отнюдь не отражает качество образовательной работы с беременными). Опрос беременных показал, что 59,6% испытывают дефицит информации о факторах риска здоровья будущего ребенка, а получаемые ими рекомендации (40,4%) чаще всего им непонятны (89,5%). Установлена высокая частота нарушений в образе жизни беременных, а также их низкая информированность о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка, что во многом обуславливает заинтересованность пациенток (100%) в получении информации по этим вопросам.

**Заключение.** Выявленные проблемы и заинтересованность пациенток в грамотном, своевременном информировании о влиянии нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка, определяют необходимость оптимизации профилактического консультирования беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей.

**Балалаева И. Ю.<sup>1,2</sup>, Швырев А. П.<sup>1,2</sup>, Буданова М. В.<sup>1,2</sup>, Ширяева Л. И.<sup>1,2</sup>,  
Стольников Т. Г.<sup>1,2</sup>, Евтухова О. В.<sup>1,2</sup>, Курганов А. Ю.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко,  
Воронеж, Российская Федерация

<sup>2</sup> Воронежская областная детская клиническая больница № 1, Воронеж,  
Российская Федерация

## **ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПОДРОСТКОВ С ИНСУЛИНЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Актуальность.** Развитие диабетического поражения почек при инсулин-зависимом сахарном диабете (ИЗСД), начавшемся в детском возрасте, может определять неблагоприятный прогноз заболевания.

**Цель исследования.** Определить зависимость показателей реагирования почек на метаболические нарушения при ИЗСД от величины индекса массы тела (ИМТ).

**Пациенты и методы.** Проведено изучение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), альбуминурии, протеинурии, эхографических изменений паренхимы и собирательных систем почек (наличие солевого осадка в собирательных системах почек) у 179 подростков, страдавших ИЗСД от 1 года до 15 лет, с избыточной ( $n = 34$ ), недостаточной ( $n = 10$ ) и нормальной массой тела ( $n = 135$ ).

**Результаты.** При избыточной массе тела и ожирении (ИМТ выше  $25 \text{ кг/м}^2$ ) значимо чаще регистрировалось повышение СКФ до  $140 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$  и более (79,4%), чем при недостаточной (20,0%,  $p < 0,001$ ) и нормальной массе тела (12,6%,  $p < 0,05$ ), и намного реже отмечалась нормальная СКФ (14,7%), чем при дефиците массы тела (80,0%) и нормальном ИМТ (83,0%) ( $p < 0,001$ ). При недостаточной массе тела (ИМТ ниже  $18,5 \text{ кг/м}^2$ ) частота изменений паренхимы и собирательных систем почек на УЗИ была значимо меньшей (10,0%), чем при нормальной и избыточной массе тела (32,6 и 47,1% соответственно,  $p < 0,05$ ). При ИЗСД у подростков с дефицитом массы тела частота протеинурии была наибольшей (40,0%), с избыточной массой тела — существенно меньшей (2,9%,  $p < 0,05$ ). Частота альбуминурии, превышающая  $30 \text{ мг/сут}$  (A2, A3), была наибольшей у пациентов с низким ИМТ (50,0%).

**Заключение.** Выявлена зависимость частоты повышенной СКФ (возможной гиперфильтрации) и обнаружения изменений в почках на эхограммах, в том числе наличие солевого осадка в собирательных системах почек, от наличия избыточной массы тела у подростков с ИЗСД.

**Балко О. А.**

*Тульский государственный университет, Тула, Российская Федерация*

## **ТЕЧЕНИЕ *H. PYLORI*-АССОЦИИРОВАННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ: КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ**

**Актуальность.** Опираясь на различные данные, можно отметить некоторое влияние конституциональных особенностей строения тела человека на течение различных заболеваний, в том числе хронического гастродуоденита. Поэтому обозначенная проблема представляется нам актуальной для дальнейшего изучения.

**Цель исследования.** Изучение клинико-морфологических особенностей течения хронического гастродуоденита у детей в зависимости от типа конституции.

**Пациенты и методы.** Проведено исследование ста пациентов, находившихся на стационарном лечении в детском терапевтическом отделении ГУЗ ТГК БСМП им. Д. Я. Ванькина с диагнозом «Хронический гастродуоденит». Критерии включения: возраст с 4 до 17 лет, морфологические изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки по данным ФГДС, соответствующие критериям гастродуоденита, положительный результат дыхательного теста на *H. pylori*. Оценивался возрастной, гендерный состав, особенности течения заболевания в зависимости от типа конституции, который определялся с помощью индекса Пинье. Данные обработаны с использованием углового преобразования Фишера.

**Результаты.** Средний возраст детей составил  $11,67 \pm 3,2$  лет. Девочки болеют чаще мальчиков: 59% против 41%. Конституциональное распределение подтверждает ранее приведенные данные о склонности астеников к развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта ( $p = 0,003$ ): 54% обследованных являлись астениками, в сравнении с 37% нормостеников и 9% гиперстеников. Основным триггером ухудшения состояния являлись погрешности в питании — 65%. В структуре жалоб преобладали такие симптомы, как боли в эпигастрии и околопупочной области в сочетании с тошнотой, рвотой, снижением аппетита. Отмечено, что астеники имеют более смазанную клиническую картину ( $p = 0,06$ ), жалуясь на боли без четкой локализации, в сравнении с нормостениками, предъявляющими классические жалобы, при этом нормостеники в 2 раза чаще склонны к развитию гипертрофического ( $p = 0,06$ ) и эрозивного гастродуоденита ( $p = 0,05$ ) в сравнении с астениками, имеющими поверхностный гастродуоденит. Помимо этого астеники склонны к развитию ГЭР ( $p = 0,09$ ), ДГР ( $p = 0,001$ ), недостаточности кардии ( $p = 0,5$ ). Также нами отмечена тенденция к более частому выявлению поражений пищевода в виде эзофагита у гиперстеников в сравнении с астениками ( $p = 0,09$ ) и нормостениками ( $p = 0,07$ ).

**Заключение.** Таким образом, нами отмечено, что конституциональные особенности хронического гастродуоденита у детей присутствуют и могут обуславливать различия в тяжести течения заболевания. В связи с этим проблема нуждается в дальнейшем изучении с целью разработки возможных индивидуальных подходов в терапии.

**Бахметьев А. С., Макарова Я. И., Курсаченко А. С.**

*Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского, Саратов, Российская Федерация*

## **ФЛОТИРУЮЩАЯ ИНТИМА СОННОЙ АРТЕРИИ У ДЕТЕЙ. РАННИЙ ДЕБЮТ АТЕРОСКЛЕРОЗА?**

**Актуальность.** С 2017 г. в некоторых ультразвуковых лабораториях обратили внимание на наличие у пациентов внутрисосудистой подвижной интимы в сонных артериях (Бахметьев А. С., Costanzo L., Российская Федерация, Италия), визуализируемой при УЗ-сканировании. Механизм отслойки на сегодняшний день не изучен.

**Цель исследования.** Описание редких случаев флотации интимы в сонной артерии у пациентов детского возраста.

**Пациенты и методы.** В период с 2018 по конец 2019 г. на базе Клинической больницы им. С. Р. Миротворцева Саратовского ГМУ при проведении планового ультразвукового ангиосканирования флотирующую внутрисосудистую структуру в одной из сонных артерий удалось выявить у 4 детей (все пациенты мужского пола; средний возраст — 14,8 лет; min 12 лет, max 16 лет). Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий проведено по стандартной методике на сканере экспертного уровня. Ультразвуковые критерии флотирующей интимы: тонкая гиперэхогенная подвижная полоска толщиной не более 0,3 мм, прикрепленная проксимальным краем к стенке артерии; движение синхронно сердечной систоле.

**Результаты.** Пациенты мужского пола (12 лет, 14 лет и двое 16 лет) без признаков нарушений мозгового кровообращения были направлены на УЗ-исследование брахиоцефальных артерий с жалобой на периодические головные боли. При исследовании флотирующая интима во всех случаях выявлена в общей сонной артерии (ОСА) — у 3 пациентов местом прикрепления являлась задняя стенка ОСА с направленной флотацией во внутреннюю сонную артерию, еще в одном случае структура крепилась к передней стенке в области бифуркации). Средняя протяженность мобильной интимы составила 7,9 мм. У одного ребенка 14 лет зафиксирован повышенный уровень липопротеина (а) (ЛП-а) — 70 мг/дл при норме до 30 мг/дл (мать ребенка в возрасте 30 и 32 лет перенесла два инфаркта миокарда (уровень ЛП-а у матери — 67 мг/дл). У остальных детей показатель ЛП-а неизвестен. Учитывая, что при гистологическом исследовании (взрослые пациенты) флотирующая интима является нестабильной атеросклеротической бляшкой с множественными зонами некроза и инфильтрацией, у всех рассматриваемых пациентов детского возраста можно предполагать ранний дебют атеросклеротического процесса с развитием редкой деструкцией стенки сонной артерии с образованием бляшки.

**Заключение.** Выявленная флотирующая интима сонных артерий в детском возрасте у 4 детей, несмотря на свою асимптомность, требует динамического инструментального контроля, а также особого внимания с позиции лабораторных биохимических маркеров раннего атеросклероза, включая определение уровня липопротеина(а).



**Безлер Ж. А., Дмитрачкова О. В., Бомберова Л. А.**

*Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям,  
Минск, Республика Беларусь*

## **НАРУШЕНИЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ**

**Актуальность.** Нутритивная недостаточность (НН) у детей связана с патологическими изменениями в организме, сохраняющимися на протяжении всей жизни. Важное значение фактор питания приобретает в период заболевания ребенка.

**Цель исследования.** Изучить нутритивный статус (НС) у паллиативных пациентов.

**Пациенты и методы.** НС оценили у 174 паллиативных пациентов. Оценка НС включала клиническое и лабораторное обследование с учетом специфических симптомов НН, антропометрию. Для оценки данных антропометрии применяли модель Z-score (WAZ — масса тела/возраст, HAZ — рост/возраст, BAZ — индекс массы тела/возраст) с использованием компьютерной программы ВОЗ Antro, Antro plus. Определение энергетической потребности проводилось расчетным методом, исходя из базовой энергетической потребности (Schofield) и индивидуальных конверсионных коэффициентов. У детей с нарушением НС проводилась оценка и коррекция фактического рациона питания. Соотношение по полу (Ж:М) составило 1:1,5. Средний возраст пациентов —  $9,8 \pm 5,3$  года. Структура нозологии по основному заболеванию у детей с НН: преобладали патология нервной системы — 75%, врожденные пороки развития — 12,9%. На момент госпитализации питание через рот получали 57/96 детей (59,3%), зондовое питание — 21/96 (21,9%), через гастростомическую трубку — 18/96 (18,8%).

**Результаты.** НН была выявлена у 96 детей (55,1%), из них у 14 детей (14,6%) — легкой степени (средние значения WAZ = -1,8; HAZ = -1,6; BAZ = -1,9), у 34 (35,4%) — умеренной степени (WAZ = -2,7; HAZ = -2,4; BAZ = -2,8), у 48 (50%) — тяжелой степени (WAZ = -4,1; HAZ = -4,6; BAZ = -5,4). Диетотерапия включала: подбор способа кормления, коррекцию основного рациона, индивидуальное назначение энтерального питания (смеси в изокалорической концентрации на основе цельного белка коровьего молока, олигомерные смеси на основе гидролизованного белка молочной сыворотки — при наличии синдрома мальдигестии и/или мальабсорбции; объем смеси составил от 1/3 до 1/2 суточного рациона). Эффективность диетотерапии оценивали по прибавке массы тела, улучшению самочувствия ребенка (аппетит, настроение, сон и др.), улучшению трофики тканей, эпителизации пролежней.

**Заключение.** Своевременная организация нутритивной поддержки детям с тяжелыми хроническими заболеваниями позволит улучшить качество жизни пациента и его семьи, уменьшить число осложнений и госпитализаций, повысить контроль симптомов.

**Белозерова О. В.<sup>1</sup>, Бабаев Э. Б. оглы<sup>1</sup>, Баракова А. Н.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Российская Федерация

<sup>2</sup> АО КИВИ, Ярославль, Российская Федерация

## **КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОМОЩЬ ВРАЧУ И РОДИТЕЛЮ: КАЛЬКУЛЯТОР РАЦИОНА ПИТАНИЯ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ PROGPROG**

**Актуальность.** Сбалансированное питание на первом году жизни — залог здоровья ребенка в будущем. Врач-педиатр — главный помощник в организации рационального питания малыша.

**Цель исследования.** Создание Программы для ЭВМ для составления индивидуального, сбалансированного и полноценного рациона питания детей первого года жизни.

**Пациенты и методы.** Программа состоит из пользовательского веб-интерфейса, написанного на языке программирования JavaScript с использованием библиотеки jQuery и программных скриптов на стороне веб-сервера, изложенных на языке программирования PHP. Для хранения данных использована СУБД MySQL.

**Результаты.** Построение рациона питания базируется на рекомендациях по вскармливанию ребенка, формируемых во время обязательного ежемесячного приема у участкового врача-педиатра в соответствии с ключевыми положениями Методических рекомендаций «Оптимизация вскармливания детей первого года жизни в РФ», 2019 (ранее Национальная Программа). Данные рекомендации вносятся в программу в качестве входных данных. Результирующий документ программы генерируется в электронной форме. Содержащаяся в нем ознакомительная информация о вскармливании ребенка, основанная на индивидуальных рекомендациях участкового врача, представлена в виде текста и таблиц. Пользователь имеет возможность сохранить результирующий документ на персональный компьютер, имеющий доступ к сети Интернет, а также распечатать его на бумажном носителе. Программа доступна круглосуточно с любых стационарных и мобильных устройств по ссылке [www.progprog.ru](http://www.progprog.ru).

**Заключение.** Взаимодействие педиатра и родителей с использованием Программы для ЭВМ «Калькулятор рациона питания грудных детей Progprog» позволит упорядочить знания родителей по вопросам вскармливания и повысить их приверженность правильной диетической тактике.

**Белошицкий Г. В., Королева И. С., Королева М. А.**

*Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва,  
Российская Федерация*

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПНЕВМОКОККОВЫМ МЕНИНГИТОМ В 2018 ГОДУ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Актуальность.** Пневмококковый менингит — тяжелейшее инвазивное заболевание пневмококковой этиологии, которое характеризуется высокой летальностью, частой инвалидизацией переболевших и требует длительного периода реабилитации.

**Цель исследования.** Определить уровень заболеваемости пневмококковым менингитом у детей в возрасте до 5 лет.

**Пациенты и методы.** В соответствии с Письмом Роспотребнадзора № 01/9620-0-32 от 29.06.2010. «О взаимодействии территориальных органов и учреждений Роспотребнадзора с Референс-центром по мониторингу за бактериальными менингитами», на базе Референс-центра выполнен анализ информации полученной от всех административных территорий Российской Федерации за 2018 год о выявленных случаях пневмококкового менингита (ПМ) среди детей в возрасте до 5 лет.

**Результаты.** Всего в течение 2018 года в Российской Федерации среди всех возрастных групп выявлен 371 случай ПМ, показатель заболеваемости составил 0,25 на 100 тыс. населения. Из них, среди детей в возрасте до 5 лет диагностировано 62 случая ПМ, что составляет 16,7% от общего числа выявленных ПМ. Показатель заболеваемости ПМ среди детей до 5 лет составил 0,66 на 100 тыс. детей, что в 2,6 раза превышает общий уровень заболеваемости ПМ среди всех возрастов. Отмечается небольшое увеличение заболеваемости детей до 5 лет ПМ в 2018 году по сравнению с 2017 годом, с показателя 0,63 до 0,66 на 100 тыс. детей. Пневмококковым менингитом чаще болели дети проживающие в городе, не посещающие дошкольные учреждения. Мальчики составляли 56%, девочки — 44%. Выраженной сезонности нет. Самой уязвимой возрастной категорией были дети в возрасте до 1 года, на долю которых приходилось 41,9% (26 случаев) от числа детских ПМ, на долю детей в возрасте 1–2 лет — 34% (21 случай), 3–5 лет — 24% (15 случаев).

**Заключение.** Несмотря на активное внедрение профилактической вакцинации детей против пневмококка, пока сохраняется высокий уровень заболеваемости пневмококковым менингитом (0,66 на 100 тыс.) среди детей в возрасте до 5 лет.

**Беляева И. А.<sup>1,2</sup>, Баранов А. А.<sup>3</sup>, Молодченков А. И.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> Центральная клиническая больница Российской академии наук, Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> Федеральный исследовательский центр «Информатика и управление», Москва, Российская Федерация

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНОЙ МЕТОДОЛОГИИ АБИЛИТАЦИИ МАЛОВЕСНЫХ НЕДОНОШЕННЫХ МЛАДЕНЦЕВ С СОЧЕТАННОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Актуальность.** В последние десятилетия в педиатрии и детской неврологии разработано большое количество методик нейрореабилитации, однако показания к их использованию остаются недостаточно обоснованными, а эффективность не является строго доказательной.

**Цель исследования.** Сравнительная оценка эффективности схем нейрореабилитации у недоношенных младенцев с сочетанной перинатальной патологией.

**Пациенты и методы.** Проведено двухэтапное когортное исследование — ретроспективный анализ эффективности абилитации 145 недоношенных детей, родившихся при сроке гестации < 32 нед с массой тела < 1500 г и достигших скорректированного возраста 18 мес (I группа), и проспективное наблюдение за развитием 65 недоношенных детей аналогичного срока гестации и массы тела при рождении и сходным спектром перинатальной патологии от рождения до 18 мес (II группа) в процессе этапной абилитации, методики которой отличались от таковых, примененных у детей первой группы.

**Результаты.** В обеих группах детей у 95,6% имела место тяжелая перинатальная патология ЦНС — церебральная ишемия II–III ст. В I группе пациентов у большинства — 58,2% — в структуре восстановительного лечения с первых дней пребывания в стационаре II этапа использовались фармакопрепараты — нейропротекторы — независимо от срока гестации. Во II группе пациентов нейропротекторы получали 15,6% и только по достижении 34–36 нед. Немедикаментозные методы реабилитации — лечение положением, тактильно-кинестетическая стимуляция — в обеих группах осуществлялась с первых недель жизни; во II группе у всех пациентов использовалась также музыкотерапия (в I группе лишь у 40% детей). ЛФК и массаж у всех пациентов использованы на постнеонатальных этапах реабилитации. При сравнении исходов перинатальной патологии установлено, что в I группе частота грубых органических поражений ЦНС (ДЦП, тяжелая когнитивная недостаточность) превышала таковую во II группе (40,1 против 37,1%,  $p = 0,45$ ). Отмечена достоверная разница по частоте негрубой резидуальной органической недостаточности 64,4 и 35,6% ( $p < 0,001$ ), у пациентов I-й и 2-й групп соответственно.

**Заключение.** Регулярные курсы этапной реабилитации у недоношенных младенцев с перинатальной патологией являются эффективным способом сокращения частоты и тяжести резидуальных неврологических расстройств. Эффективность фармаконейропротекции у незрелых новорожденных зависит от их индивидуальной сенситивности.

**Беляева И. А.<sup>1,2</sup>, Баранов А. А.<sup>3</sup>, Молодченков А. И.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> Центральная клиническая больница Российской академии наук, Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> Федеральный исследовательский центр «Информатика и управление», Москва, Российская Федерация

## **ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У КРАЙНЕ НЕЗРЕЛЫХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Современные технологии интенсивной терапии позволяют обеспечить выживаемость подавляющему большинству недоношенных новорожденных, включая очень и крайне маловесных; однако у многих из этих младенцев формируются состояния, приводящие к инвалидности.

**Цель исследования.** Установление наиболее значимых предикторов формирования стойких нарушений здоровья у недоношенных новорожденных.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ перинатальных факторов риска у 145 младенцев, родившихся при сроке гестации < 32 нед с массой тела < 1500 г и достигших 18 мес скорректированного возраста. Все пациенты с рождения неоднократно обследованы с использованием современных нейровизуализационных и нейрофункциональных методов; наблюдались совместно с профильными специалистами. Для анализа факторов риска использованы статистические методы машинного обучения: случайный лес, метод опорных векторов и логистическая регрессия.

**Результаты.** Среди 145 обследованных недоношенных детей у 26 (17,9%) к возрасту 18 мес сформировалась инвалидизирующая патология — ДЦП различной степени тяжести, у 15 (10,3%) детей — в сочетании с когнитивными нарушениями. Наиболее значимыми предикторами развития указанной патологии из факторов перинатального анамнеза являлись: гестационный возраст 26 и менее нед ( $r = 0,58$ ,  $p < 0,05$ ), признаки постгеморрагической деструкции мозга, выявленные при МРТ на первом месяце жизни ( $r = 0,54$ ,  $p < 0,05$ ), длительность аппаратной ИВЛ  $\geq 30$  дней ( $r = 0,48$ ,  $p < 0,05$ ). У младенцев, имеющих в анамнезе все 3 из перечисленных факторов риска, тяжесть ДЦП была наибольшей, имела место спастическая тетраплегия в сочетании с грубым когнитивным дефицитом.

**Заключение.** Наиболее значимыми предикторами формирования грубой органической патологии ЦНС у недоношенных являются экстремальная незрелость (гестационный возраст 26 и менее нед), рано развившаяся деструкция мозга и потребность в длительной аппаратной ИВЛ.

**Беседина М. В.<sup>1</sup>, Зайцева О. В.<sup>1</sup>, Зайцева Н. С.<sup>1</sup>, Стрига Е. В.<sup>1</sup>,  
Турищев И. В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А. И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва,  
Российская Федерация*

## **РОЛЬ ПЕДИАТРА В ДИАГНОСТИКЕ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Актуальность.** Гистиоцитоз из клеток Лангерганса — редкая патология, проявляющаяся различными клиническими синдромами. При этом неспецифичность и полиморфизм симптомов являются основными причинами ее поздней диагностики. Современные методы обследования позволяют установить точный диагноз в ранние сроки.

**Цель исследования.** Представить клинический случай орфанного заболевания, дебютирующего под различными «масками».

**Пациенты и методы.** Девочка 2 лет и 1 мес. Родилась от первой физиологически протекавшей беременности, самостоятельных родов в срок. Масса при рождении 3000 г, длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании находилась до 7 месяцев, прикорм по возрасту, аллергии не отмечено. С 1 года 5 мес — проявления вульвита, снижение аппетита, эмоциональная лабильность; с 1 года 8 мес — аллергический дерматит на волосистой части головы; с 1 года 11 мес — периодические подъемы температуры до фебрильных цифр, нарастание вялости, слабости; с 2 лет присоединение диспептических явлений. Ребенок был госпитализирован с ДГКБ св. Владимира.

**Результаты.** При лабораторном обследовании определялась тяжелая анемия, тромбоцитопения, гипопротеинемия. При проведении компьютерной томографии черепа обнаружены множественные костные изменения в виде очагов деструкции. В связи с подозрением на системное заболевание выполнен иммуногистохимический анализ, при котором выявлены маркеры гистиоцитоза. При проведении генетического обследования подтверждена BRAF-мутация. В соответствии с установленным диагнозом была назначена таргетная терапия, на фоне которой была достигнута клиническая ремиссия.

**Заключение.** При наблюдении ребенка с заболеванием, протекающим с множеством неспецифических синдромов, резистентных к проводимой терапии, следует заподозрить наличие редкой системной патологии и своевременно направить ребенка в стационар для углубленного обследования.

**Бойцова Е. А.<sup>1</sup>, Косенкова Т. В.<sup>1</sup>, Зазерская И. Е.<sup>1</sup>, Новикова В. П.<sup>2</sup>,  
Гурина О. П.<sup>2</sup>, Блинов А. Е.<sup>2</sup>, Варламова О. Н.<sup>2</sup>, Лаврова О. В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова,  
Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский  
университет им. академика И. П. Павлова, Санкт-Петербург,  
Российская Федерация

## **ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ПУПОВИННОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Актуальность.** В постнатальном периоде в условиях антигенной стимуляции при активном участии микробиоты Th2-иммунный ответ переключается на Th1. Активация Th1-лимфоцитов, секретирующих IL-2 и IFN- $\gamma$ , ведет к развитию клеточного типа ответа и у лиц, не имеющих наследственной предрасположенности к атопии, при воздействии аллергенов образуются IgG-антитела. У детей с наследственной отягощенностью по атопии нарастает активность Th2-лимфоцитов, синтез которых контролируется IL-4 и IL-13 и которые аутокринно стимулируют дифференцировку наивных CD4<sup>+</sup> Т-лимфоцитов в Th2-клетки, синтезирующие IL-4, IL-5, IL-10, IL-13 и IL-25 и опосредующие стимуляцию гуморального звена иммунитета через усиление продукции IgE, IgG4 и IgA-антител.

**Материалы и методы.** Пуповинную кровь брали у 22 доношенных детей, рожденных от матерей с БА. Группа сравнения — 66 здоровых детей. Уровень цитокинов (ЦК) (TNF- $\alpha$ , TGF- $\beta$ 1, IL-18, IL-13, IL-10 и IFN- $\gamma$ ) определяли количественно методом IFA. Статистическая обработка данных производилась с использованием лицензионных компьютерных программ Microsoft Excel 2016 и Statistica 12.

**Результаты.** У детей, рожденных от матерей с БА, отмечалась тенденция к более низким значениям IFN- $\gamma$ , однако достоверных отличий не было. Установлено значительное снижение IL-13 ( $6,67 \pm 1,6$  пг/мл против  $2,0 \pm 0,23$  пг/мл в группе сравнения, соответственно,  $p < 0,05$ ), который ассоциируется с респираторной аллергией и оказывает ингибирующий эффект на продукцию других провоспалительных ЦК. Его снижение может расцениваться как фактор длительной персистенции (внутриутробной) воспалительного процесса у ребенка. Выявлено повышение противовоспалительного ЦК — IL-10 ( $66,69 \pm 14,5$  пг/мл против  $25,52 \pm 3,1$  пг/мл в группе сравнения соответственно,  $p < 0,05$ ), который может усиливать продукцию антагониста рецептора IL-1 и уменьшать адгезию лейкоцитов к эндотелиальным клеткам.

**Заключение.** У детей, рожденных от матерей с БА, в пуповинной крови отмечается дисбаланс основных противовоспалительных ЦК: снижение IL-13 и повышение IL-10, что может быть отражением системной реакции организма на локальные повреждения тканей и служить одним из показателей интенсивности и длительности воспалительного процесса, а также прогрессирования заболевания. Учитывая возможный дуализм действия IL-13, его ассоциацию с респираторной аллергией, снижение (потребление) данного цитокина в пуповинной крови можно расценивать как предиктор внутриутробной реализации атопии, в том числе и респираторной. Кроме того, дисбаланс основных противовоспалительных цитокинов может поддерживать активность Th2-иммунного ответа у ребенка в постнатальном периоде.



**Боровкова В. Н., Свобода П. Н., Примак А. А., Гришанова К. А.,  
Анисимов Д. С., Богорнистрова В. А.**

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,  
Российская Федерация*

## **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПИТАННИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ЗАНИМАВШИХСЯ СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ**

**Актуальность.** Достаточная двигательная активность является необходимым условием гармонического развития личности. Учащиеся, активно занимающиеся физической культурой, в 3 раза реже болеют, чем не занимающиеся. Физические упражнения развивают все функции центральной нервной системы, силу, подвижность и уравновешенность нервных процессов, тем самым увеличивая потенциал умственной работоспособности школьников. В доступной литературе недостаточно освещены особенности показателей индекса упитанности (Кетле) и индекса Шаповаловой у воспитанников учреждений социальной сферы для несовершеннолетних, занимавшихся в спортивной школе.

**Цель исследования.** Изучения функциональных показателей у воспитанников учреждений социальной сферы для несовершеннолетних, занимающихся в спортивной школе.

**Материалы и методы.** Объект исследования — воспитанники учреждений социальной сферы для несовершеннолетних ( $n = 60$ ), из них 30 детей занимались в спортивной школе (основная группа наблюдения) и 30 детей не занимались спортом (группа сравнения). Сбор материала был дополнен проведением оценки индекса Кетле и индекса Шаповаловой (СВ). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ с использованием параметрических и непараметрических критериев.

**Результаты исследования.** Индекс Кетле (ИК) чаще соответствовал средним возрастным параметрам. В группе спортсменов количество мальчиков с высокими параметрами встречалось несколько чаще (23,3% в 13 лет и 26,7% в 17 лет,  $p < 0,05$ ), чем в группе детей, которые не занимаются спортом (16,7 и 20,0% соответственно). Прирост за 4 года обучения оказался на 6,47 усл. ед. больше в группе спортсменов (81,22 усл. ед.), чем в группе детей, которые не занимались спортом (74,75 усл. ед.). У них ежегодные приросты составляли 14,43 усл. ед.; 11,85 усл. ед.; 12,43 усл. ед. и 12,54 усл. ед. Количество детей с высокими показателями индекса мощности постоянно было больше в группе спортсменов (20,0% в 13 лет и 30,0% в 17 лет), чем в группе мальчиков, которые не занимаются спортом (16,7 и 10,0% соответственно). Общий прирост индекса мощности у спортсменов на 16,44 усл. ед. больше (118,65 усл. ед.), чем у детей, не занимавшихся спортом (102,21 усл. ед.). Среди детей, которые не занимались спортом, отмечалось достоверное снижение уровня физического здоровья (с 33,3 до 20,0% соответственно,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Резервные возможности и в покое и при нагрузке выше у детей, которые занимаются спортом, что важно учитывать при определении физкультурной группы у ребенка и в выборе физических дополнительных нагрузок. Дети, занимающиеся спортом более выносливы к физическим нагрузкам, имея более развитый мышечный каркас и более хорошие возможности кардио-респираторной системы. Более высокий уровень физического здоровья у спортсменов свидетельствует о лучших резервных и защитных силах организма, более успешной реализации функциональных возможностей мышечной деятельности.

**Бритикова Е. А.<sup>1,2</sup>, Липатова Е. С.<sup>1,2</sup>, Торбина О. И.<sup>1,2</sup>, Ганина Е. С.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Самарский государственный медицинский университет, Самара,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> Самарская областная клиническая больница им. В. Д. Середавина, Самара,  
Российская Федерация

## **ФОРМИРОВАНИЕ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Тяжелые неврологические нарушения у преждевременно рожденных детей преимущественно связаны с нарастающей гидроцефалией. Доказано, что причинами окклюзионной гидроцефалии у детей являются воспалительные процессы — венитрикулит, менингоэнцефалит; внутрижелудочковые кровоизлияния, ВАР головного мозга.

**Цель исследования.** Обозначить причины прогрессирования гидроцефалии у недоношенных, изучив акушерский анамнез, течение беременности и родов, состояние при рождении.

**Пациенты и методы.** Проведен ретро- и проспективный анализ 162 историй болезни недоношенных детей с гидроцефалией в отделениях крупного многопрофильного стационара — реанимации новорожденных, выхаживания недоношенных, младшего возраста и нейрохирургии. По данным отчетной документации нейрохирургического отделения, среди госпитализированных детей врожденные и приобретенные гидроцефалии занимают второе место за последние 5 лет. В структуре сопутствующих гидроцефалии заболеваний преобладали внутриутробные инфекции цитомегаловирусной этиологии (60%), вызванные вирусом простого герпеса (40%). У 7% детей выявлен перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции.

**Результаты.** Каждый второй ребенок рожден с ЭНМТ, а каждый четвертый с ОНМТ. В 80,3% случаев роды произошли в возрасте женщин до 35 лет. У каждой пятой женщины был отягощен акушерский анамнез — медицинские аборт, выкидыши, бесплодие; гинекологический — у каждой шестой, а у каждой второй женщин отмечены соматические заболевания — гипертоническая болезнь, ожирение, хронический пиелонефрит, анемии разной степени тяжести. В 49,4% случаев беременность протекала с угрозой прерывания и ХФПН, а гестоз II–III степени наблюдался у каждой второй женщины. 24,7% детей оценены по шкале Апгар 1–3 балла и длительно (более 5 дней) находились на ИВЛ. В 93,8% случаев проводилась интенсивная терапия в отделениях реанимации новорожденных (ОРН). Каждый второй ребенок в ОРН находился до 10 дней, каждый четвертый — до 20 дней, а свыше — каждый пятый. В 27,8% случаев при рождении диагностирована окклюзионная гидроцефалия корригируемая оперативным вмешательством в первые три месяца жизни. Более позднее оперативное вмешательство было связано с сопутствующими заболеваниями (ВУИ, венитрикулит). У 61,7% детей отмечены ВЖК II–IV степени, а у детей с ЭНМТ в 2,2 раза чаще диагностировали ВЖК II–III степени.

**Заключение.** Ведущей причиной прогрессирования гидроцефалии является ВЖК II–IV степени, особенно у детей с ЭНМТ. Нейрохирургическое оперативное вмешательство проводилось в первые три месяца жизни ребенка, более позднее связано с сопутствующими заболеваниями, предрасполагающими тяжелое состояние ребенка.

**Бриткова Т. А.<sup>1,2</sup>, Брызгалова Т. Д.<sup>1,2</sup>, Никитина Н. И.<sup>1,2</sup>, Кулеева А. Г.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Городская клиническая больница № 7, Ижевск, Российская Федерация

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ**

**Актуальность.** На современном этапе эффективно внедрение инновационных технологий в рамках проекта «Бережливая поликлиника».

**Цель исследования.** Изучить эффективность внедрения проектов «Оптимизация потока вакцинопрофилактики», «Повышение комплаентности», электронный документооборот.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось на базе д/п ГКБ № 7 г. Ижевска. Проанализированы показатели работы кабинета вакцинопрофилактики в условиях внедрения инновационных проектов.

**Результаты.** До внедрения проекта «Оптимизация проекта вакцинопрофилактики» в д/п отмечались большие очереди перед кабинетом вакцинопрофилактики, тратилось много времени на заполнение медицинской документации. Был разработан алгоритм маршрутизации в поликлинике при проведении вакцинации: вход — электронная очередь — осмотр участкового врача — прививочный кабинет — оценка реакции на прививку — выход. В результате внедрения проекта были введены электронный документооборот: план прививок на месяц (форма 112/у), введение данных о прививках в компьютерную программу в момент вакцинации (время — 2 мин). В результате внедрения проекта «Оптимизация потока вакцинопрофилактики» на вакцинацию отводится 5 дней в неделю, имеется отдельный блок для отдельного входа пациентов. Сократилось время ожидания перед прививочным кабинетом с 38 мин до 10 мин. Коэффициент эффективности приема в прививочном кабинете увеличился с 8,76 до 23,7%.

**Заключение.** Таким образом, в результате внедрения инновационных технологий в детской поликлинике, удалось оптимизировать работу прививочного кабинета: устранить очереди, уменьшить время при оформлении медицинской документации, оптимизировать рабочее время медицинского персонала.

**Булычева Е. В., Сетко И. А.**

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,  
Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У УЧАЩИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ**

**Актуальность.** При организации инклюзивного образования для детей-инвалидов, имеющих умственную отсталость, внимание необходимо акцентировать на наличие у них соматической патологии, создающей высокий риск отклонений физического развития, существенно ограничивающих их профессиональную пригодность в будущем.

**Цель исследования.** Выявить особенности физического развития у учащихся с задержкой умственного развития.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены подростки в возрасте 16–18 лет с диагнозом задержка умственного развития, обучающихся в образовательном учреждении интернатного типа ( $n = 135$ ). У учащихся проведена оценка физического развития путем регистрации роста, массы тела, силы сжатия кисти ведущей руки на аппаратно-программном комплексе КМД «Здоровый ребенок» и форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) на портативном микропроцессорном спирографе с автоматической оценкой полученных результатов. Полученные данные физического развития сравнивались со среднеобластными показателями физического развития здоровых подростков данной возрастной группы ( $n = 1000$ ).

**Результаты.** Установлено, что у юношей ( $171,9 \pm 1,08$  см) и девушек ( $161,4 \pm 1,2$  см) с задержкой умственного развития длина тела практически не отличалась от данных здоровых подростков ( $175,9 \pm 0,74$  см у юношей и  $163,5 \pm 0,88$  см у девушек). Масса тела у юношей с умственной отсталостью в среднем составила  $62,1 \pm 1,81$  кг, тогда как у здоровых этот показатель был на 6,1% выше на уровне  $66,1 \pm 1,13$  кг. У девушек с умственной отсталостью масса тела, напротив, была на 7,9% выше, чем у здоровых девушек, и составила  $59,5 \pm 2,33$  кг при данных  $55,1 \pm 0,74$  кг ( $p \leq 0,05$ ). Сниженные показатели ФЖЕЛ, имели 75% юношей и 25% девушек с задержкой умственного развития, тогда как среди здоровых подростков — лишь 45% юношей и 15% девушек. Средние значения ФЖЕЛ у учащихся с задержкой умственного развития были ниже данных здоровых подростков в 2,5 раза среди юношей и в 1,5 раза среди девушек. 29% юношей и 52% девушек с задержкой умственного развития имели сниженные показатели силы сжатия кисти, тогда как среди здоровых подростков снижение определено лишь у 15,8% юношей и 33,8% девушек. Средние значения силы сжатия кисти были ниже в 2,8 раза у юношей и в 2,5 раза у девушек с задержкой умственного развития, чем у здоровых учащихся.

**Заключение.** У подростков с задержкой умственного развития относительно здоровых определено достоверное снижение физиометрических показателей физического развития, что должно учитываться при организации физического воспитания для обучающихся с данной патологией.

**Бурлакова П. В., Хохлова Н. А., Григорьева М. Д., Тихонова А. А.,  
Шестакова В. Н., Грибков А. А.**

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,  
Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ АКЦЕНТУАЦИИ ТЕМПЕРАМЕНТА И ХАРАКТЕРА ВОСПИТАННИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

**Актуальность.** На сегодняшний день актуальна проблема сохранения здоровья воспитанников учреждений социальной сферы для несовершеннолетних. Ученики лицеев в условиях школ интернатного типа подвержены дополнительным психическим, психологическим и физическим нагрузкам. Учитывая эти факты, нами проведен анализ акцентуации темперамента и характера у будущих кадетов, лицеистов, воспитанников детского дома.

**Цель исследования.** Изучение особенностей акцентуации темперамента и характера у воспитанников детского дома, будущих кадетов и лицеистов для своевременной коррекции.

**Материалы и методы.** Объект исследования — воспитанники учреждений социальной сферы для несовершеннолетних ( $n = 30$ ), будущие кадеты и лицеисты. Диагностика типа акцентуации личности проводилась с помощью опросника Шмишека. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ с использованием параметрических и непараметрических критериев.

**Результаты исследования.** У школьников при поступлении тип акцентуации темперамента (26,7 и 23,3%), проявлялся общительностью, болтливостью, выраженностью жестов, недостатком чувств дистанции в отношении со сверстниками, хорошим настроением, высоким жизненным тонусом, хорошим аппетитом и здоровым сном. Количество детей с таким типом акцентуации темперамента среди лицеистов оказалось на 3,4% меньше, чем среди кадетов и на 17,6% больше, чем среди воспитанников детского дома (6,7%,  $p < 0,05$ ). Второе место занимал тревожный тип акцентуации личности (10,0, 13,3 и 20,0%,  $p < 0,05$ ). Количество детей с таким типом акцентуации темперамента среди будущих лицеистов оказалось на 3,3% больше, чем среди кадетов и на 6,7% меньше, чем среди воспитанников детского дома ( $p < 0,05$ ). Дистемический тип — у 6,7% будущих кадетов, а экзальтированный, эмотивный типы преимущественно среди будущих лицеистов (6,7%) и воспитанников детского дома (33,3 и 26,7% соответственно,  $p < 0,05$ ). Педантичный тип акцентуации характера доминировал у будущих кадетов (10,0%,  $p < 0,05$ ). Большинство детей не имели ни акцентуации характера, ни тенденции к акцентуации, чаще это встречалась среди будущих кадетов (50,0 и 43,3%), чего не встречалось среди воспитанников детского дома. Будущим кадетам чаще свойственна амбиверсия (43,3%) и экстраверсия (46,7%), а будущим лицеистам амбиверсия (40,0%) и интраверсия (43,3%). Среди воспитанников детского дома чаще встречалась интраверсия (46,7%) и амбиверсия (43,3%).

**Заключение.** Детям при оформлении в школы полузакрытого типа желательно учитывать данные психоэмоционального статуса и своевременно проводить медико-психологическую коррекцию. Детям, при поступлении в учреждения социальной сферы для несовершеннолетних, необходимо проводить оценку психоэмоциональной сферы, анализом данных по акцентуации характера и темперамента с последующей коррекцией.

**Бурлуцкая А. В., Гурина Е. С., Коробкина О. Г.**

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,  
Российская Федерация*

## **ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Изучение и понимание психосоциальных аспектов при нарушении функции мочевого пузыря у детей является важным компонентом в структуре диагностики и лечения этой патологии, так как оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов и успешность проводимой терапии.

**Цель исследования.** Изучить особенности психосоциальных аспектов у детей, страдающих нарушением функции мочевого пузыря.

**Пациенты и методы.** В исследовании принимало участие 20 соматически здоровых детей от 7 до 10 лет с наличием одного или нескольких симптомов расстройства мочеиспускания, характерных для нарушения функции мочевого пузыря: императивные позывы, императивное недержание мочи, энурез и поллакиурия. Проводили опрос, изучение тревожных расстройств и в целом психологического статуса детей, с применением методик, адаптированных для данной возрастной группы.

**Результаты.** В ходе опроса дети предъявляли жалобы на страх непроизвольного мочеиспускания в школе, быть осмеянными друзьями и одноклассниками, многие родители отмечали связь усиления симптомов с повышенными психологическими нагрузками (начало посещения школы, переезд в другой город, развод родителей). На основании психологического тестирования по Н.Ю. Максимовой и Е.Л. Милютиной было установлено, что у 55% детей имелся повышенный уровень тревожности. По результатам оценки «Кинетического рисунка семьи» у 25% выявлена неблагоприятная семейная ситуация, а при анализе рисунка «Дом, человек, дерево» отмечается очень высокий уровень тревожности у 30%, эти дети испытывают трудности в общении и чувствуют себя незащищенными.

**Заключение.** В результате исследования выявлена значимость психосоциальных аспектов, способствующих развитию психосоматической модели заболевания с порочным кругом. При этом наличие нарушения функции мочевого пузыря ведет к изменению психологического статуса ребенка, что в свою очередь способствует поддержанию и даже усугублению состояния.

**Бурлуцкая А. В., Коробкина О. Г., Гурина Е. С., Кубина В. А.**

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,  
Российская Федерация*

## **ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ПАРАТРОФИЕЙ**

**Актуальность.** На сегодняшний день в мире высока распространенность заболеваний, связанных с ожирением. Паратрофия — форма нарушения питания, характеризующаяся превышением среднестатистического веса у ребенка до 1 года более чем на 10% от должноствующего и повышающая риск формирования ожирения после года жизни.

**Цель исследования.** Оценить уровень физического развития у детей 1 года жизни с паратрофиями.

**Пациенты и методы.** Исследование проведено на базе ГБУЗ ДПП № 7 города Краснодара. В исследовательскую группу вошли 64 ребенка первого года жизни, у которых к 12 мес жизни была выявлена паратрофия. Из истории развития ребенка (форма 112/у) были взяты данные из обменной карты новорожденного, данные ежемесячных диспансерных осмотров детей, параклинические показатели.

**Результаты.** Из 64 детей с паратрофией было 42 (66,6%) мальчика и 22 (34,4%) девочки. Большинство имели 1-ю степень паратрофии — 45 детей (70,3%). Со 2-й степенью было 19 детей (29,7%), с 3-й — не зарегистрировано. Первая степень паратрофии преобладала у девочек по сравнению с мальчиками (66,7 и 77,3% соответственно); вторая — у мальчиков (33,3 и 22,7% соответственно). Большинство родились с нормальным ростом и весом — 44 ребенка (68,7%), недоношенными — 8 детей (12,5%). Диагноз «Крупный плод» при рождении был у 12 детей (18,8%), из них 59,4% детей находились на естественном вскармливании, 23,4% на смешанном и 17,2% на искусственном. За 6 мес средняя прибавка массы тела составила 5860 г (у мальчиков — 5980 г, у девочек — 5710 г), что в 1,3 раза больше возрастных норм. В то время как показатели прибавки длины тела практически соответствовали средним темпам и составили 16,9 см (у мальчиков — 17,1 см, у девочек — 16,6 см). В 12 мес 24 ребенка (37,5%) имели среднее физическое развитие. Высокое физическое развитие наблюдалось у 8 детей (12,5%), а очень высокое — у 32 детей (50%). Таким образом, большинство детей к 12 мес имели очень высокое дисгармоничное развитие с избытком массы тела.

**Заключение.** Выявлено, что паратрофия чаще встречается у мальчиков. Большинство детей рождены с нормальными показателями роста и веса. Но к полугоду масса тела превышала норму и соответствовала годовалому возрасту. Важно повышать грамотность родителей в отношении рационального питания детей первого года жизни.



**Бурлуцкая А. В., Мамян Э. В.**

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,  
Российская Федерация*

## **ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА В г. КРАСНОДАРЕ**

**Актуальность.** Вакцинация осуществляется для предупреждения и ограничения распространения инфекций путем проведения профилактических прививок. В последние годы отмечается рост заболеваемости контролируемые инфекциями из-за низкого охвата прививками детей и взрослых, частыми необоснованными отводами от прививок.

**Цель исследования.** Оценить охват профилактическими прививками детей первого года жизни в городе Краснодаре.

**Пациенты и методы.** Было проанализировано 390 историй развития детей первого года жизни (форма 112/у), рожденных в период с 2012 по 2013 гг., из которых были взяты сведения о проведении профилактических прививок и сроках их проведения.

**Результаты.** У большинства детей (62%) на первом году жизни вакцинопрофилактика осуществлялась без медицинских отводов, в срок и в полном объеме в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, однако, 38% детей профилактические прививки не были проведены. Причиной отсутствия специфической профилактики контролируемых инфекций были медицинские отводы по состоянию здоровья и отказ родителей от профилактических прививок по личным причинам. Оценка своевременности проведения профилактических прививок показала, что против гепатита В 84% детей были вакцинированы своевременно, прививка БЦЖ у 90% детей проведена в сроки, соответствующие Национальному календарю профилактических прививок, вакциной АКДС (против коклюша, дифтерии и столбняка) привиты 43% детей, против кори, краснухи и эпидемического паротита — 48%, против полиомиелита — 52% респондентов. Несвоевременность проведения вакцинации была обусловлена временными медицинскими отводами, малой информированностью родителей о пользе вакцинации и активной пропагандой антивакцинального лобби.

**Заключение.** Несмотря на проводимые мероприятия, у 38% детей на первом году жизни отсутствует большинство профилактических прививок. В подавляющей части случаев несвоевременно проводится вакцинация АКДС от коклюша, дифтерии и столбняка, против полиомиелита, кори, краснухи и паротита.

**Бурлуцкая А. В., Махрова И. А., Райкина Е. Н., Цей С. М.**

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,  
Российская Федерация*

## **КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ С ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ**

**Актуальность.** Гипопитуитаризм включен в «Семь высокочастотных нозологий»; на 01.01.19 в РФ было зарегистрировано 3426 детей до 18 лет с гипофизарным нанизмом. Это говорит о необходимости анализа конечных результатов лечения с целью прогнозирования эффективности лечения.

**Цель исследования.** Оценить катамнестические данные больных с гипофизарным нанизмом.

**Пациенты и методы.** В исследовательскую группу вошло 40 больных с гипофизарным нанизмом, находящихся на заместительной терапии гормоном роста. От начала использования соматотропина прошло от 10 до 20 лет. Проведены антропометрические измерения, исследование основных биохимических показателей, проведена оценка эффективности терапии рекомбинантным гормоном роста.

**Результаты.** Большую часть больных (75%) составили лица мужского пола, 25% — женского. У 70% больных был диагностирован изолированный дефицит гормона роста (у 78,5% юношей и 21,5% девушек), у 30% — множественный дефицит (у 66,6% юношей и 33,4% — девушек). В 55% случаев причина дефицита гормона роста не выяснена и установлен диагноз идиопатического дефицита гормона роста, в 45% — выявлено органическое поражение аденогипофиза. При этом изолированный дефицит гормона роста преобладал в обеих группах. Эффект от проводимой терапии во многом зависит от времени начала заместительной терапии. Так, в дошкольном возрасте начало использования рекомбинантного гормона роста было всего у 17,5% больных, в младшем школьном — у 35%, в старшем школьном — у 47,5%. Стоит отметить, что прогностического роста достигли 47,5% больных, социально-приемлемого — 62,5%. При этом начало терапии в дошкольном возрасте показало наилучший эффект, так как прогностического роста достигли 85,7% больных с гипофизарным нанизмом. Начало применения рекомбинантного гормона роста в младшем школьном возрасте позволило достичь прогностического роста у 57,1% обследованных. Терапия гормоном роста со старшего школьного возраста показала свою эффективность.

**Заключение.** Эффект от заместительной терапии рекомбинантным гормоном роста зависит от времени начала терапии гипофизарного нанизма: раннее начало приводит к достижению прогностического роста у таких больных в подавляющем большинстве случаев.

**Бурлуцкая А. В., Полянский А. В.**

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,  
Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С: КОМПЕНСАТОРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ**

**Актуальность.** Работа посвящена исследованию корреляционных связей между иммунными процессами при хроническом инфекционном синдроме вирусной этиологии, и возможности практического использования выявленных особенностей для выработки альтернативной тактики ведения больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГ С).

**Цель исследования.** Выявление связи между наличием хронического инфекционного синдрома вирусной этиологии и депрессией фагоцитоза.

**Пациенты и методы.** Проанализировано 128 результатов стандартных исследований иммунного статуса подростков больных ХВГ С умеренной и выраженной степеней активности, которым ранее не проводилась этиотропная и иммунокорригирующая терапия; в 7 исследованиях иммунограмма оказалась без изменений, по 111 результатам (86,7%) был выявлен инфекционный синдром вирусной этиологии, в 124 результатах (95,4%) выявилась недостаточность фагоцитоза, причем лишь в 12 случаях она была изолированной.

**Результаты.** При наличии хронического патологического воспалительного процесса происходят характерные стойкие изменения в функционировании иммунной системы, которые находят отражение в иммунном статусе, тем самым обуславливая иммунологический профиль, характерный для конкретной патологии. Для большинства подростков больных ХВГ С характерно наличие в иммунологическом профиле инфекционного синдрома вирусной этиологии (относительный или абсолютный лимфоцитоз с преобладанием CD3-лимфоцитов, при нормальном или повышенном содержании CD8-лимфоцитов, снижение или достоверное повышение иммунорегуляторного индекса CD4/CD8), и снижение фагоцитарной активности нейтрофилов. Функциональная депрессия фагоцитоза обуславливается недостаточностью специфических медиаторов, интенсивно расходующихся в ходе непрерывного противовирусного ответа, поддерживаемого хроническим вирусным инфекционным синдромом или снижением чувствительности рецепторного аппарата фагоцитов. Именно эти особенности иммунологического профиля больных ХВГ С обуславливают склонность к развитию бактериального инфекционного воспалительного процесса, как сопутствующего или осложняющего течение основного заболевания.

**Заключение.** Таким образом, недостаточность антибактериальной резистентности вследствие снижения функциональной активности нейтрофилов и макрофагов является характерной особенностью иммунологического профиля подростков с ХВГ С и носит компенсаторный характер.

**Бурлуцкая А. В., Савельева Н. В., Коробкина О. Г.**

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,  
Российская Федерация*

## **ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ КРАСНОДАРА**

**Актуальность.** В течение последних 20–30 лет отмечаются неблагоприятные сдвиги в состоянии здоровья детей дошкольного возраста, характеризующиеся ухудшением показателей физического развития, ростом распространенности функциональных расстройств и хронических болезней.

**Цель исследования.** Оценить физическое развитие и выявить группы здоровья у детей, посещающих муниципальные детские сады в г. Краснодар.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ медицинской документации — медицинская карта ребенка (форма № 026/у) и клинический осмотр (включая антропометрию) 870 детей в возрасте 3–7 лет, посещающих детские дошкольные учреждения Краснодара в 2018 г. Физическое развитие всех детей оценивалось по центильным таблицам. Отнесение детей к той или иной группе здоровья проведено в соответствии с приложением к приказу Минздрава РФ № 514н от 10.08.2017 г.

**Результаты.** Почти у каждого второго ребенка (54,2%) физическое развитие расценено как среднее. Ниже среднего и низкое физическое развитие — выявлено у 16,3 и 4,5% детей. А выше среднего и высокое физическое развитие имели 19,2 и 5,8% детей соответственно. Преимущественно дети развивались гармонично — 82% детей. Дисгармоничное физическое развитие за счет дефицита массы тела документировано в 5% случаев, а дисгармоничное за счет избытка массы тела — в 13%. Распределение детей по группам здоровья: I — 231 человек (26,6%), II — 562 (64,6%), III — 68 (7,8%), IV (V) — 9 (1%). Во II группе чаще всего выставлены следующие диагнозы: плоскостопие, плосковальгусная установка стоп, минимальная мозговая дисфункция, нарушения речи (дизартрия, дислалия), малые аномалии развития сердца, тубинфицирование, пупочная грыжа, нарушения зрения (астигматизм, косоглазие, спазм аккомодации). В III группу здоровья вошли дети с хроническими заболеваниями мочевыделительной системы, ЛОР-органов, патологией ЦНС. К IV группе здоровья были отнесены дети с врожденными пороками сердца, ювенильным хроническим артритом, сахарным диабетом I типа, миодистрофией Дюшена–Беккера, врожденной дисплазией тазобедренных суставов.

**Заключение.** У 54,2% детей — среднее физическое развитие. У каждого десятого ребенка выявлен избыток массы тела. Только 26,6% детей в детском саду полностью здоровы, а 64,6% детей имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья. У 8,8% детей выявлены хронические заболевания или врожденные аномалии развития.

**Бурлуцкая А. В., Статова А. В., Шадрин С. А.**

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,  
Российская Федерация*

## **ОХВАТ ИММУНИЗАЦИЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ КРАСНОДАРА**

**Актуальность.** Вакцинопрофилактика — эффективный метод контроля над инфекционными заболеваниями, который позволил снизить заболеваемость и смертность от детских инфекций. Однако в последние десятилетия отмечается увеличение детей, не получающих вакцинацию по причине отказа родителей (законных представителей).

**Цель исследования.** Оценить охват иммунизацией дошкольников г. Краснодара.

**Пациенты и методы.** Оценка охвата иммунизацией проведена у 487 дошкольников 2014–2016 года рождения (234 девочки и 253 мальчика). Данные получены из медицинской карты ребенка для образовательных учреждений (форма 026/у). Проведена оценка объема, сроков вакцинации и ревакцинации в соответствии с Национальным календарем прививок.

**Результаты.** Вакцинация против туберкулеза проведена 97% дошкольников, при этом у 75% детей осуществлена своевременно; 3% обследованных не имеют вакцинацию БЦЖ. Защиту против гепатита В получили всего 74% детей, при этом только 6% — своевременно; 26% — не вакцинированы против гепатита В. Всего 58% детей имеют вакцинацию АКДС, только 2% — своевременно; ревакцинация была проведена в 40% случаев, 1% — своевременно. Получили защиту от полиомиелита всего 61% детей, только 2% — своевременно; ревакцинация проведена в 38% случаев, 2% — своевременно. Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита проведена 67% детей, сроки соответствовали только у 2%. Защищены от гемифильной инфекции только 4% обследованных, 5% из них получили вакцинацию, соответствующую срокам Национального календаря прививок. Вакцинация против пневмококковой инфекции осуществлена 36% детей, только 2% из них имели своевременную вакцинацию. Гендерных отличий в группе исследуемых не выявлено.

**Заключение.** У дошкольников г. Краснодара отмечается низкий охват иммунизацией основными вакцинами, входящими в национальный календарь прививок. Сложившаяся ситуация в скором времени может привести к ухудшению эпидемического благополучия, которое было достигнуто ранее благодаря вакцинации.

**Буторина Н. В.<sup>1</sup>, Иванова Е. Ю.<sup>2</sup>, Гуреева В. Н.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Республиканский клинико-диагностический центр, Ижевск, Российская Федерация*

## **АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Актуальность.** Лихорадка неясного генеза, выраженная активность воспалительного процесса являются одной из сложных диагностических ситуаций, с которыми сталкивается врач-педиатр. Такая симптоматика может быть проявлением, так называемых аутовоспалительных заболеваний (синдромов), которые относятся к «новым» болезням.

**Цель исследования.** Провести анализ диагностики и лечения детей с аутовоспалительными заболеваниями, обследованных в детском кардиоревматологическом отделении (ДКРО), за последние 5 лет (заведующая отделением В. Н. Гуреева).

**Пациенты и методы.** Всего в отделении находилось на обследовании и лечении 8 детей с аутовоспалительными заболеваниями. Возраст детей колебался от 6 до 15 лет. Проводилось комплексное лабораторно-инструментальное обследование: клинический и биохимический анализы крови, мочи, иммуноферментное исследование крови, ПЦР диагностика на герпесвирусные инфекции, некоторые группы кишечных инфекций, вирусные гепатиты, иммунограмма, молекулярно-генетические тесты, ЭКГ, ЭхоКГ, МРТ и УЗИ суставов, рентгенография грудной клетки.

**Результаты.** Все дети изначально поступали в детские инфекционные отделения лечебных учреждений Удмуртской Республики, а также в республиканскую детскую инфекционную больницу, где после исключения инфекционной патологии переводились в ДКРО. В качестве предварительного диагноза у большинства детей был поставлен диагноз ювенильного артрита с системным началом. В результате обследования у 6 детей установлены наследственные аутовоспалительные заболевания: синдром Блау — 1 ребенок, семейная средиземноморская лихорадка — 1 ребенок, синдром PFAPA (синдром Маршала) — 2 ребенка, TRAPS синдром — 2 ребенка. У двух детей поставлен диагноз аутовоспалительного синдрома, который не был подтвержден молекулярно-генетическим исследованием. Два пациента проходили обследование в НИИ ревматологии им. В. А. Насоновой (Москва), один ребенок в «НМИЦ здоровья детей» (Москва). В ДКРО лечение включало традиционную противовоспалительную и иммуносупрессивную терапию — курсы преднизолона и метотрексата. Ребенок с синдромом Блау получал биологическую терапию тоцилизумабом, ребенок с семейной средиземноморской лихорадкой — колхицин. Один ребенок с TRAPS синдромом на сегодняшний день получает курс лечения канакинумабом. Все пациенты были выписаны из стационара с положительной динамикой в удовлетворительном состоянии.

**Заключение.** Таким образом, проведенный анализ показал, что аутовоспалительные заболевания у детей в Удмуртской Республике регистрируются не часто, имеют общие черты патогенеза и клинической симптоматики, которые характерны для ревматологических заболеваний, подтверждаются молекулярно-генетическими тестами и имеют перспективу лечения генно-инженерными биологическими препаратами.

**Ваземиллер О. А.<sup>1</sup>, Голубенко Н. К.<sup>1</sup>, Аксанова Р. Х.<sup>1</sup>, Салмина А. Б.<sup>2</sup>,  
Емельянчик Е. Ю.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства,  
Красноярск, Российская Федерация

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

## **ОКСИД АЗОТА И ТРОПОНИН I У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА**

**Актуальность.** Транзиторная ишемия миокарда на фоне перинатальной гипоксии встречается в 30–80% случаев, а поиск новых маркеров диагностики поражения сердца у новорожденных сохраняет актуальность. Молекула NO играет ключевую роль в процессах ишемии/реперфузии миокарда, что определяет интерес к ее изучению.

**Цель исследования.** Определить уровень оксида азота (NO) у недоношенных новорожденных с транзиторной ишемией миокарда (ТИМ), изучить зависимость с тропонином I (ТрI).

**Пациенты и методы.** Включено 15 недоношенных новорожденных детей с дыхательной недостаточностью и кислородной зависимостью, возникшей в первые 2 ч жизни. У детей изучены: газовый анализ крови в первые 2 ч жизни, ЭКГ в 1-е сут жизни, ТрI и NO в сыворотке крови в 1-е и на 7-е сут жизни. По результатам ЭКГ диагностирована ТИМ 2-й и 3-й стадии по шкале Jedeikin с соавт. (1983), повышение уровня ТрI на 7-е сут более 0,139 нг/мл по данным Caselli с соавт. (2016). Показатели описаны с помощью медианы, 25-го и 75-го перцентилей, корреляция между ТрI и NO — критерием Спирмена.

**Результаты.** Медиана гестационного возраста составила — 33,3 нед [32,1; 34,5], массы тела — 2100 г [1880; 2185], длины тела — 47 см [45; 48,5]. У новорожденных с ТИМ регистрируется субкомпенсированный преимущественно метаболический ацидоз: pH 7,28 [7,22; 7,32], pO<sub>2</sub> — 47,4 [41,8; 54,3], pCO<sub>2</sub> — 45,1 [40,8; 55,2], BE — 5,2 [-8,1; -3,5]. Медиана ТрI составила в 1-е сут — 0,016 нг/мл [0,009; 0,159], на 7-е сут — 0,253 нг/мл [0,187; 0,548]. Уровень NO в 1-е сут составил 89,1 мкмоль/л [81,5; 105], на 7-е сут — 338 мкмоль/л [289,5; 364,2]. Выявлена прямая сильная корреляционная зависимость между ТрI и NO на 7-е сут жизни (p = 0,006; r = 0,793).

**Заключение.** Уровень NO у недоношенных новорожденных детей с деструкцией миокарда на фоне ТИМ, в динамике, на 7-е сут жизни увеличивается в 3,8 раза и имеет прямую сильную корреляционную взаимосвязь с уровнем ТрI, характеризуя адаптивную активацию эндотелиоцитов коронарного русла с целью купирования повреждения.



**Варламова Т. В.<sup>1</sup>, Истомина А. Н.<sup>2</sup>, Хомякова Е. В.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *ГБУЗ, Петрозаводск, Российская Федерация*

<sup>3</sup> *Детская республиканская больница, Петрозаводск, Российская Федерация*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ**

**Актуальность.** Аутоиммунный гепатит (АИГ) является редким заболеванием, характеризующееся прогрессирующим перипортальным гепатитом, гипергаммаглобулинемии, печеночно-ассоциированных сывороточных аутоантител. АИГ в дебюте заболевания может иметь бессимптомное течение.

**Цель исследования.** Клинический случай заболевания: девочка от 7-й беременности на фоне ОРВИ. Анемии. Вес при рождении 3300 г, длина 52 см. По Апгар 8/8 баллов.

**Пациенты и методы.** Наследственность отягощена по язвенной болезни. Психомоторное и физическое развитие соответствовало возрасту. В 10 лет 1 мес появилось увеличение шейных, затылочных лимфатических узлов. В анализе крови: СОЭ 52 мм/ч, лейкоцитоз (16,1 г/л) со сдвигом влево (п/я 8%). Амбулаторно была назначена антибактериальная терапия с положительным местным эффектом, но сохранением ускоренного СОЭ 42–50 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АлАТ 800 ЕД/л, АсАТ 719 ЕД/л, билирубин 92,6 мкмоль/л. Была госпитализирована в Инфекционную больницу в 10 лет 2 мес: в анализе крови: АлАТ 1451 ЕД/л, АсАТ 2608 ЕД/л, маркеры гепатитов В, С, АТ к ВЭБ, ЦМВ отрицательные.

**Результаты.** Ребенок был переведен в ГБУЗ «Детская республиканская больница» для дальнейшего обследования. УЗИ брюшной полости: умеренная гепатомегалия. анализе крови: анемия (Hb 106 г/л, тромбоцитопения (107 Т/л), СОЭ 48 мм/ч, гипериммуноглобулинемия (IgG 2782 мг/дл), АТ к двуспиральной ДНК 24,4 Ед/мл (норма < 20). Направлена на дальнейшее обследование в РДКБ, где подтвержден диагноз: Аутоиммунный гепатит высокой степени активности с исходом в цирроз печени. Внутривнутрипеченочная портальная гипертензия с варикозным расширением вен пищевода. Вторичной тромбоцитопенией. На фоне патогенетической иммуносупрессивной терапии (преднизолон + азатиоприн) состояние стабилизировалось с достижением биохимической ремиссии. В течение последующих трех лет отмечались 3 рецидива заболевания, характеризующиеся повышением аминотрансфераз, что потребовало увеличение доз глюкокортикоидов.

**Заключение.** В данном клиническом случае диагноз АИГ диагностирован поздно в стадии цирроза. Факторами риска по неблагоприятному течению являются детский возраст, поздняя диагностика и высокая активность воспаления, приведшая к быстрому прогрессированию заболевания с исходом в цирроз печени.

**Варламова Т. В.<sup>1</sup>, Никитин С. С.<sup>1</sup>, Истомина А. Н.<sup>2</sup>, Хомякова Е. В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Детская республиканская больница и поликлиника, Петрозаводск, Российская Федерация*

## **ЮВЕНИЛЬНЫЙ ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ (СИНДРОМ ВЕЙЛЯ)**

**Актуальность.** Наследственные полипозы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), характеризуется распространенным диффузным полипозом толстой в 90% случаев полипы возникают в детском возрасте и могут приводить к карциноме. Клиническая картина полипозов кишечника вариабельна.

**Цель исследования.** Ювенильный полипоз (ЮП) встречается редко: в литературе описывают единичные случаи. У 1/3 пациентов отмечается наследственный характер заболевания.

**Пациенты и методы.** Девочка от беременности на фоне угрозы прерывания, срочных родов без асфиксии. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания: ОРВИ.

**Результаты.** В 9 мес: острая слепоободочная инвагинация кишечника, произведено консервативное расправление инвагината. При обследовании выявлено образование толстой кишки. Произведено оперативное лечение с резекцией поперечно-ободочной кишки с наложением анастомоза. По результатам гистологии: картина железистого полипоза. В 3 года 8 мес: острая кишечная инвагинация, произведена консервативная дезинвагинация. По данным ФКС 14 полипов размером 10–15 мм, произведено удаление. ФГДС: полип желудка, двенадцатиперстной кишки. Биопсия: Ювенильный полипоз. В 4 года по данным ФКС: множество железистых полипов, один полип на широком основании размером 20 мм (удаление). В 4 года 5 мес по данным ФКС: полипы в зоне печеночного изгиба 10 и 5 мм (удаление). В дальнейшем при ежегодном обследовании по данным ФКС выявляются полипы, производится удаление. Дважды кишечное кровотечение с формированием постгеморрагической анемии тяжелой степени. В 13 лет диагностирована остеома лобной области.

**Заключение.** Специфического лечения ЮП толстой кишки нет. Пациенты должны находиться под постоянным наблюдением с проведением не реже чем 1 раз в 6 мес. ФКС с учетом риска малигнизации. Необходимо обследовать всех ближайших родственников с целью своевременного выявления этого заболевания.

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

<sup>1</sup> *Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск,  
Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Детская республиканская больница и поликлиника, Петрозаводск,  
Российская Федерация*

## **СИНДРОМ МОРРИСА**

**Актуальность.** Синдром Морриса (синдром тестикулярной феминизации, ТФ) — редкое генетическое заболевание (1 на 50 000–90 000 новорожденных, у 1% выдающихся спортсменов) с X-сцепленным рецессивным наследованием. Характеризуется наличием мужского генотипа (с набором хромосом XY) с женским фенотипом.

**Цель исследования.** Клинический семейный случай синдрома ТФ.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением эндокринологов Республики Карелия находятся сводные сестры с ТФ.

**Результаты.** Старшая сестра: от 1-й беременности на фоне дерматита, срочных родов путем кесарева сечения. Вес при рождении 3860 г, длина 51 см. Росла и развивалась по возрасту. Активно занимается спортом. Начало пубертата соответствует 10 годам. В 14 лет выполнено УЗИ малого таза: забрюшинно визуализируется влагалище, которое заканчивается тяжем, напоминающим недифференцированную матку. Яичники не визуализируются (отсутствуют?). В подвздошных областях с обеих сторон визуализируются мягкотканые, средней эхоплотности образования неправильной овальной формы с четкими ровными контурами, по структуре и кровотоку напоминающие яички. Заключение: ТФ? (по Таннер Ма3 Ах1 Р2 Ме нет). Показатели гормонального фона в 14 лет: ЛГ 7,88 мМЕд/л, ФСГ 3,32, пролактин 176,77, тестостерон 33,61, эстрадиол 35,0 пкг/мл. Кариотип 46ХУ. Диагностирована полная форма ТФ, проведена гонадэктомия, назначена заместительная гормональная терапия (Марвелон). Младшая сестра: от 2-й беременности, на фоне анемии, ХГИ вне обострения. От 2-х срочных родов путем кесарева сечения. Вес 3350 г, длина 52 см. В 26 дней выявлены образования в паховых областях. По данным УЗИ, образования, схожие с яичками. Обследована: кариотип 46ХУ.

**Заключение.** Возникновение данной патологии связано с отсутствием или мутацией гена *SRY*, расположенного на коротком плече хромосомы Y и большей частью отвечающего за контроль формирования тестикул. Своевременная гонадэктомия позволяет профилактировать рак яичек. Прогноз для жизни благоприятный.

**Вахлова И. В., Федотова Г. В., Боронина Л. Г.**

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург,  
Российская Федерация*

## **КАЛЬПРОТЕКТИН И МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНИКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ**

**Актуальность.** В современных исследованиях показана прогностическая ценность кальпротектина при воспалительных заболеваниях ЖКТ, сопровождающихся нарушением микробиоты кишечника. Изучение КЖК в кале позволяет рассматривать эти нарушения на метаболическом уровне.

**Цель исследования.** Оценить уровень кальпротектина и изучить метаболическую активность микробиоты кишечника у детей, перенесших резекцию кишечника на первом году жизни.

**Пациенты и методы.** Исследование проведено у 19 детей в возрасте от 5 мес до 3 лет жизни, перенесших резекцию кишечника на 1-м году жизни. Распределение детей по возрасту: от 5–12 мес — 15,8% (n = 3); 1–2 лет — 36,8% (n = 7); 2–3 лет — 47,4% (n = 9). Уровень кальпротектина в кале определялся в каждой возрастной группе. Метаболическая активность оценивалась с помощью метода ГЖХ, основанного на выявлении продуктов микробного метаболизма: уксусной (С2), пропионовой (С3), масляной (С4) кислот, расчета анаэробного индекса (АИ), суммы кислот (Е) и изокилот (ЕiСn).

**Результаты.** Дети были разделены на две группы в зависимости от вида оперативного лечения. Оперативное лечение на тонкой кишке (I группа) проведено у 57,9% (n = 11) детей, на толстой кишке (II группа) у 42,1% (n = 8). Среднее значение кальпротектина составило  $61,3 \pm 13,3$  нг/мл. На 1-м году жизни —  $91,8 \pm 35,2$  нг/мл, на 2-м году —  $50,4 \pm 11,3$  нг/мл, и на 3-м году жизни  $59,6 \pm 24,7$  нг/мл. Превышение нормативных значений кальпротектина отмечено у 42,1% (n = 8) детей: у 66,6% (n = 2) на 1-м году, у 42,9% (n = 3) — на 2-м году, у 33,3% (n = 3) — на 3-м году. В I группе среднее значение кальпротектина составило  $47,7 \pm 11,4$  нг/мл, во II группе —  $80,03 \pm 27,2$  нг/мл. Уровень С2 в I группе —  $0,638 \pm 0,087$  мг/г, во II —  $0,722 \pm 0,03$  мг/г. Наибольший уровень С3 отмечен у детей I группы —  $0,267 \pm 0,093$  мг/г; во II группе —  $0,115 \pm 0,03$  мг/г. Среднее значение С4 в кале у детей I группы —  $0,094 \pm 0,025$  мг/г, в II —  $0,163 \pm 0,034$  мг/г. Сумма изокилот у детей I группы —  $0,065 \pm 0,011$  мг/г и  $0,030 \pm 0,010$  мг/г во II группе ( $p < 0,04$ ). Уровень КЖК в зависимости от уровня кальпротектина достоверно не различался, но отмечено преобладание более высокой суммы КЖК у детей с нормальным уровнем кальпротектина ( $37,006 \pm 13,298$  и  $17,142 \pm 4,901$  мг/г).

**Заключение.** Практически половина детей, перенесших резекцию кишечника на первом году жизни, имеют повышенные показатели кальпротектина в периоде раннего возраста. Протеолитическая микробиота более активна у детей I группы, о чем свидетельствуют более высокие показатели суммы изокилот.

**Владими́рова Ю. В.**

*Клиники Самарского государственного медицинского университета, Самара,  
Российская Федерация*

## **ДЕТИ С ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ. ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ**

**Актуальность.** При ожирении у детей с бронхиальной астмой (БА) формируется трудно контролируемый фенотип с проявлениями дозозависимости или резистентности к ингаляционным глюкокортикостероидам. У пациентов с коморбидностью БА и ожирения остается достаточно низким показатель достижения астма контроля.

**Цель исследования.** Определить оптимальную тактику ведения детей с ожирением на фоне коморбидной патологии.

**Пациенты и методы.** Группа исследуемых из 50 человек, куда входили дети, имеющие в клиническом анамнезе коморбидный статус (сочетание бронхиальной астмы средней степени тяжести и ожирения) в возрасте от 5 до 16 лет. Первая группа (30%): дети получали только базисную терапию для контроля над бронхиальной астмой, 2-я группа (50%): также получали базисную терапию для контроля над бронхиальной астмой и придерживались диеты, 3 группа (20%): получали базисную терапию для контроля над БА, диетотерапию и проходили курс транскраниальной магнитотерапии на аппарате «АМО-АТОС-Э» с приставкой «Оголовье». Перед процедурой проводился биоимпедансный анализ для оценки состава тела.

**Результаты.** По результатам анкетирования у всех детей присутствовал отягощенный генеалогический анамнез по бронхолегочным заболеваниям. Средний возраст постановки диагноза бронхиальная астма составил 3–4 года. 100% детей, основной исследуемой группы, получали базисную терапию по основному заболеванию и придерживались диеты. Обострения отмечали не более 2–3 раз в год. Физическая активность у всех пациентов снижена. Так же следует учесть, что ни один из пациентов не проводил ежедневную пикфлоуметрию, не вел дневник самоконтроля. В ходе исследований у всех детей, имеющих избыточную массу тела, было выявлено снижение показателей объема форсированного выдоха, форсированной жизненной емкости легких. Результаты лабораторных методов исследования: общего и биохимического анализа крови не показали серьезных отклонений от норм; показатели IgE были значительно выше возрастной нормы. Биоимпедансный анализ состава тела у всех детей показал избыточный вес за счет повышенного содержания жировой и скелетно-мышечной массы. После прохождения первого курса транскраниальной магнитотерапии (10 сеансов, переменное магнитное поле, частота от 1 до 10 Гц) масса у тела у всех исследуемых детей снизилась на 2%.

**Заключение.** По завершении первого курса транскраниальной магнитотерапии у детей наметилась положительная динамика по снижению массы тела в сравнение с детьми, которые придерживались только диетотерапии. При этом побочного действия аппарата выявлено не было. Результаты исследования внедрены в лечебный процесс.

**Власенко Н. Ю.<sup>1</sup>, Павлинова Е. Б.<sup>1</sup>, Захаров И. Л.<sup>2</sup>, Пилипенко Л. С.<sup>3</sup>,  
Юдицкая Т. А.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Омский государственный медицинский университет, Омск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Омское диабетическое общество инвалидов, Омск, Российская Федерация

<sup>3</sup> Региональная Общественная организация «Омское диабетическое общество инвалидов», Омск, Российская Федерация

<sup>4</sup> Областная детская клиническая больница, Омск, Российская Федерация

## **РОЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧЕБНЫХ И ПАЦИЕНТСКИХ АССОЦИАЦИЙ НА ПРИМЕРЕ ДЕТСКОЙ ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Лечение СД1 у детей и подростков заключается в комплексном подходе: совместном применении диетотерапии, инсулинотерапии, физических нагрузок; обязательным элементом является обучение самоконтролю и проведению его в домашних условиях, а также психологическая помощь.

**Цель исследования.** Оценить роль взаимодействия врачебных и пациентских ассоциаций на примере детской диабетологической службы Омской области.

**Пациенты и методы.** Нами проведен анализ мероприятий, проведенных совместно врачами и членами диабетического общества. В ноябре этого года совместными силами на протяжении 1 мес проводился Велнесс-тренинг для детской группы (7–12 лет), включавший 8 тренировок. С измерением гликемии до и после тренировки, гликозилированного гемоглобина в начале тренинга и через 1 мес, непрерывное мониторирование гликемии, заполнения анкет. В тренинге приняли участие 10 детей. Цель совместного проекта — показать положительный эффект физической нагрузки и подготовка танца для Дня диабета.

**Результаты.** Детская эндокринная служба Омской области работает в тесном контакте с Региональной Общественной организацией «Омское диабетическое общество инвалидов» (РОО «ДиаОмск»). На протяжении нескольких лет при участии РОО «ДиаОмск» проводятся мероприятия, приуроченные ко Дню защиты детей, к Международному дню борьбы с диабетом, к Новому году. Обязательно на празднике выступают наши пациенты: поют, танцуют, читают стихи, малыши играют с аниматорами. Для родителей и детей старше 10 лет проводятся мастер-классы от эндокринологов по диетотерапии при диабете 1-го типа, по помповой инсулинотерапии, физической активности при диабете, оказанию неотложной помощи. В этом году в день диабета состоялось торжественное вручение медали Джослина «За 50 мужественных лет с диабетом» пациенту, который стал примером для детей с диабетом и их родителей. Очень важно, когда на таких мероприятиях родители пациентов с длительным стажем заболевания делятся своим опытом с впервые заболевшими детьми и их родителями. С танцевальным проектом РОО «ДиаОмск» принимала участие в XXIII межрегиональном фестивале людей с ограниченными возможностями «Преодоление», где получили диплом лауреата 2-й степени.

**Заключение.** При анализе всех совместных мероприятий выявили: 1) недостаточную активность родителей, недостаточные знания по подготовке к физической нагрузке; 2) высокую заинтересованность и исполнительность детей; 3) на всех мероприятиях очень важно присутствие врача.

**Власенко Н. Ю., Юнацкая Т. А., Турчанинов Д. В.**

*Омский государственный медицинский университет, Омск,  
Российская Федерация*

## **ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА**

**Актуальность.** В последние десятилетия в мире отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом 1-го типа (СД1) среди детей и подростков. При клиническом обследовании у этих пациентов часто отмечаются нарушения массо-ростовых показателей и проявления недостатка витаминов и микроэлементов.

**Цель исследования.** Гигиеническая оценка фактического питания детей с установленным диагнозом СД1.

**Пациенты и методы.** В исследовании приняли участие 26 детей с СД1 в возрасте 2–7 лет. Фактическое питание оценивалось частотным методом, сравнивалось с Нормами физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ. Статистическая обработка с помощью пакета Microsoft Excel и Statistica 6.

**Результаты.** Отмечалось избыточное потребление белка детьми всех возрастов, в группе 2–3 лет — 70,39 г/сут, а в группе 3–7 лет — 86,78 г/сут (при норме 42 и 54 г/сут соответственно). Медиана потребления жиров в рационе детей 2–3 лет составила 75,0 г/сут (превышение на 59,6%), а в рационе питания детей 3–7 лет — 112,59 г/сут (превышение на 87,65%) за счет насыщенных жирных кислот и холестерина (у 88,4% детей). Фактическое потребление углеводов детьми 2–3 лет составило 137,6 г/сут, при рекомендуемом значении 203 г/сут (снижено на 32,2%); фактическое потребление углеводов детьми 3–7 лет составило 235,3 г/сут при рекомендуемом значении 261 г/сут (снижено на 9,83%). Потребление витамина D составило 0,63 мкг/сут (норма 10 мкг/сут), что составило всего 6,2–6,4% от суточной потребности. Среднесуточное потребление витамина А в рационе питания детей 2–3 лет составило 0,29 мкг рет. экв./сут, что ниже нормы на 35,5%. Потребление фолиевой кислоты детей в возрасте 3–7 лет составило 141,49 мкг, снижено на 29,25%.

**Заключение.** Питание детей с СД1 является несбалансированным: избыток в рационе жиров и белка, и недостаток углеводов. Приоритетными дефицитными микронутриентами в питании детей являются витамин D, фолиевая кислота и витамин А, что требует своевременной диетической и микронутриентной коррекции.



**Воронина Е. Н., Скворцова М. А., Скворцова Д. А.**

*Самарский государственный медицинский университет, Самара,  
Российская Федерация*

## **ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ГИМНАСТОК ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Достижение высоких спортивных результатов невозможно без больших физических и нервно-психических нагрузок. Для восстановления работоспособности и компенсации энергозатрат необходимо снабжение организма адекватным количеством энергии, за счет сбалансированного и рационального питания.

**Цель исследования.** Произвести оценку суточного рациона питания и физического развития девочек, занимающиеся художественной гимнастикой.

**Пациенты и методы.** Проведен анкетный опрос 30 девочек и оценка полученных результатов с использованием компьютерной программы Nutri-prof.

**Результаты.** Анализ суточного рациона питания спортсменок показал энергетическую и качественную несбалансированность пищевых рационов. У 97% суточная калорийность рациона не соответствовала энергозатратам спортсменок. У 100% был выявлен дефицит по белкам и углеводам, 93% спортсменок недополучали жиры и клетчатку с пищей. При анализе поступления микроэлементов выявлено, что у 14% девочек было снижено поступление натрия в организм, 97% недополучали калий и железо, у 93% гимнасток выявлен дефицит по таким элементам как кальций, магний и фосфор. Показатели поступающих витаминов в организм юных спортсменок находились на критически низком уровне, так, у 93% девочек было снижено поступление витаминов В<sub>2</sub>, В<sub>1</sub>, А и С. У 100% исследуемых витамин группы Е в рационе отсутствовал. При оценке физического развития спортсменок было выявлено, что 60% девочек имеют средний рост для своей группы, у 40% рост выше среднего. 70% гимнасток имеют среднюю массу тела, у 30% масса тела ниже средних значений. У 60% индекс массы тела имеет значения ниже среднего, у 40% соответствует средним возрастным значениям.

**Заключение.** Данные проведенного исследования свидетельствуют о несбалансированности пищевых рационов и нарушении принципов рационального питания у девочек, занимающихся художественной гимнастикой. В связи с этим необходимо провести радикальные меры по оптимизации питания у юных спортсменок.

**Гавеля Е. Ю.<sup>1,2</sup>, Рогинский В. В.<sup>1,2</sup>, Надточий А. Г.<sup>1,2</sup>, Котлукова Н. П.<sup>1,2</sup>, Мустафина Ф. Н.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Клиника детской челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

## **ДИАГНОСТИКА И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СОСУДИСТЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

**Актуальность.** Патологические образования из кровеносных и лимфатических сосудов представлены большим спектром проявлений — от незначительных по площади и объему изменений окраски кожи до обширных разрастаний в глубину тканей, вызывающих эстетические и функциональные осложнения, снижающих качество жизни ребенка.

**Цель исследования.** Разработать и внедрить эффективные малоинвазивные методы лечения детей с сосудистыми поражениями лица и шеи.

**Пациенты и методы.** В группу исследования вошли пациенты с гиперплазией кровеносных сосудов (т. н. инфантильная гемангиома) — 4420 набл., мальформациями кровеносных сосудов — 441 набл., лимфатическими мальформациями — 190 детей проконсультированные, обследованные и пролеченные с 1999–2019 гг. (более 5000 пациентов) со всеми сосудистыми поражениями головы и шеи. Для диагностики пациентам наряду с клиническими методами по показаниям применялись дополнительные методы в зависимости от нозологии (ультрасонография с доплерографией, компьютерная капилляроскопия, МРТ, КТ с контрастом, ангиография, патоморфологическое, иммуногистохимическое, эндоскопическое исследования).

**Результаты.** Лечение пациентов с гиперплазией кровеносных сосудов: динамическое наблюдение (n = 108); медикаментозное лечение бета-блокаторами (n = 484); аппликации раствора 0,5% Тимолол, Офтан Тимогель 0,1% (n = 196); хирургический (n = 3062); фототерапия в резидуальной стадии (n = 39); комбинированное лечение (включающее медикаментозное лечение с последующей хирургической коррекцией или импульсной фототерапией) (n = 305). Пациенты с мальформациями кровеносных сосудов: хирургический (n = 229); чрескожная или чрезслизистая радиочастотная абляция (n = 91); склерозирующая терапия (n = 12); лазерная абляция с использованием гольмиевого и Nd:Yag лазеров (n = 50); эмболизация приводящих сосудов как 1-й этап лечения перед радиочастотной абляцией или удалением (n = 15). При лимфатических мальформациях использовали хирургический метод — полное или частичное удаление патологических тканей (n = 96); склерозирование как самостоятельный метод (n = 9); лазерная абляция (n = 5); комбинация хирургического лечения с ультразвуковой деструкцией (n = 31); комбинация хирургического лечения со склеротерапией (n = 25).

**Заключение.** В лечении детей с сосудистыми поражениями в челюстно-лицевой области необходимо стремиться к малоинвазивным методам лечения, к которым относятся: радиочастотная абляция, лазерная абляция, импульсная фототерапия, медикаментозное лечение бета-блокаторами, склерозирование.

**Гаджиева У. К., Гидаятова Л. А., Мамедова Ф. М., Гасанов А. Г.**

*Азербайджанский республиканский медицинский университет, Баку,  
Азербайджанская Республика*

## **ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКА ТЕЧЕНИЯ МЕЗАДЕНИТА У ДЕТЕЙ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Актуальность.** При воспалении мезентериальных лимфатических узлов — мезадените основным клиническим симптомом является боль в брюшной полости, что характерно для многих заболеваний гастроинтестинального тракта. А это приводит к трудностям, в некоторых случаях и ошибкам в его диагностике.

**Цель исследования.** Основной целью исследования было выявление, диагностика и дифференциальная диагностика мезаденита у детей.

**Пациенты и методы.** Было обследовано 85 больных с жалобами на боль в брюшной полости. У 15 при клиническо-инструментальном обследовании (УЗИ брюшной полости, МРТ гастроинтестинального тракта с контрастным веществом) был выявлен мезаденит. У всех больных были исключены туберкулез.

**Результаты.** Были выявлены следующие диагностические ошибки. 1) Двум больным с мезаденитом был поставлен диагноз «Острый аппендицит» и предложено оперативное вмешательство. И только после проведения МРТ гастроинтестинального тракта с контрастным веществом ошибочный диагноз «острый аппендицит» был отменен в пользу «острый мезаденит». У этих больных при УЗИ обследовании размеры мезентериальных лимфатических узлов были увеличены до 15–32 мм. 2) У 6 больных при УЗИ обследовании несмотря на выявление мезаденита лимфатических узлов наряду с гастродуоденитом, данная патология при лечении была проигнорирована. В результате, несмотря на лечение основного заболевания — гастродуоденита, положительного эффекта не отмечалось. 3) У остальных 7 больных боль при мезадените была оценена как следствие паразитарных заболеваний.

**Заключение.** Таким образом, одной из причин, приводящих к боли в брюшной полости, является мезаденит, клиническая диагностика которого бывает затруднительна и иногда ошибочна без тщательного инструментального обследования.

**Галькевич Н. В., Змитрович А. И., Мащиц В. Д.**

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск,  
Республика Беларусь*

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Заболеваемость ветряной оспой у детей в Беларуси традиционно является наиболее высокой среди воздушно-капельных инфекций (после ОРВИ). В последние годы отмечается увеличение числа тяжелых и осложненных форм болезни с преимущественным бактериальным поражением кожи и центральной нервной системы.

**Цель исследования.** Изучить эпидемиологические особенности и характер осложнений ветряной оспы у детей в течение 2009–2018 гг.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 304 историй болезни детей от 0 до 18 лет, госпитализированных по эпидемиологическим и клиническим показаниям в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска за период 2009–2018 гг. Диагноз ветряной оспы был выставлен на основании типичной клинической картины и эпидемиологических данных. Использовались лабораторно-инструментальные методы (ОАК, ОАМ), по показаниям — ЭЭГ, КТ/МРТ головного мозга, данные люмбальной пункции, при гнойных осложнениях проводилась бактериологическая диагностика. Лечение проводилось с участием врачей-специалистов: невролога, хирурга.

**Результаты.** Среди заболевших (средний возраст 4,2 года) преобладали дети дошкольного возраста (87,8%), в том числе дети до 1 года составили 21,7%, дети от 1 до 3 лет — 33,6%, от 4 до 7 лет — 32,5% от всех госпитализированных. Возраст самого младшего ребенка составил 10 дней. Дети, не посещавшие ДДУ, составили почти половину — 47%. Мальчики болели несколько чаще (51,3%). В течение исследуемого периода количество госпитализаций распределено неравномерно: наименьшее количество (2,3%) — в 2009–2010 гг., наибольшее — в 2018 г. (19,1%), в другие годы — от 8,2% до 13,5%. Основными осложнениями ветряной оспы у детей были бактериальные осложнения (86,5%) — пиодермия, инфильтраты кожи, целлюлиты, везикулезно-буллезная форма. Среди них преобладали дети до 3 лет (61,5%). В 5 случаях наблюдалась сочетанная вирусно-бактериальная инфекция: ветряная оспа в сочетании со стрептококковой инфекцией — стрептодермией, экстрабукальной формой скарлатины. Реже наблюдались неврологические осложнения (12,5%) — энцефалиты, менингоэнцефалиты, поражения мозжечка — ни одного случая в возрасте до 1 года, большинство пациентов (64,1%) — в возрасте от 4 до 7 лет. В 3 случаях ветряная оспа осложнилась пневмонией.

**Заключение.** Таким образом, ветряная оспа может протекать тяжело, с осложнениями, угрожающими жизни. Обучение родителей уходу за кожей детей может предотвратить многие случаи бактериальных осложнений. Внедрение вакцинации позволит значительно уменьшить заболеваемость ветряной оспой и снизить риск осложнений.

**Гараева С. З. гызы, Гасангулиева Г. М. гызы, Маммадова М. Н. гызы**

*Азербайджанский республиканский медицинский университет, Баку,  
Азербайджанская Республика*

## **ЧАСТОТА ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Период дошкольного детства характеризуется формированием здоровья и становлением личности ребенка. Именно в этот период дети, посещающие дошкольные учреждения, имеют высокую частоту заболеваемости, которая в 50% случаев представлена острыми респираторными болезнями.

**Цель исследования.** Изучить структуру и частоту встречаемости инфекций верхних дыхательных путей у детей дошкольного возраста в детских дошкольных учреждениях.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 83 ребенка в возрасте 4–6 лет. Выборку составили практически здоровые дети дошкольного возраста, посещающие детские дошкольные учреждения (основная группа). Контрольную группу составили 60 практически здоровых детей дошкольного возраста, не посещающие детские дошкольные учреждения. Был проведен анализ карт развития исследуемых детей, изучены медико-биологические и социальные факторы формирования здоровья детей в дошкольном возрасте. Заболеваемость инфекций верхних дыхательных путей изучалась по данным обращаемости и регистрации острых и рецидивирующих средних отитов, тонзиллофарингитов, насморка и ринита.

**Результаты.** Инфекции верхних дыхательных путей наиболее часто встречаются в возрасте 4 лет. В течение последних 12 мес у 8,3% детей основной группы был острый средний отит, а у 11,6% — тонзиллофарингит, тогда как в контрольной группе — 6,4 и 8,1% соответственно. Соответствующие показатели для простуды и ринита в основной группе составили 75,2 и 28,7%, в контрольной группе — 60,1 и 18,4% соответственно. За последние 12 месяцев у 11,5% детей было более 1 приступа острого среднего отита, у 8,4% — более 1 эпизода тонзиллофарингита, у 53,8% — более 2 простудных заболеваний, а у 6,3% — ринит еженедельно или ежемесячно; в контрольной группе данные показатели достоверно ниже ( $p < 0,001$ ). Вероятность развития острого среднего отита была почти в 4 раза выше у детей с тонзиллофарингитом в основной группе (отношение шансов 2,17; 95% доверительный интервал 3,08–5,64).

**Заключение.** У детей дошкольного возраста острый средний отит, тонзиллофарингит и простуда встречались довольно часто, в то время как хронический ринит был менее распространенным заболеванием. Посещаемость в детских садах увеличивала риск инфекций верхних дыхательных путей в этой возрастной группе.

**Гараева С. З. гызы<sup>1</sup>, Маммадова А. А. гызы<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика*

<sup>2</sup> *Научно-исследовательский институт педиатрии им. К. Фараджевой, Баку, Азербайджанская Республика*

## **НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ**

**Актуальность.** Внутриутробные инфекции (ВУИ), являются одними из ведущих патологий в структуре неонатальной заболеваемости и обуславливают высокий процент перинатальной смертности. ВУИ могут быть причиной отдаленных осложнений, проявляющиеся в процессе роста и развития ребенка и приводящих к инвалидизации.

**Цель исследования.** Изучить частоту встречаемости нейросенсорной тугоухости у детей раннего возраста, родившихся с ВУИ.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 158 детей с внутриутробными инфекциями в возрасте от рождения до 3 лет. Из них 110 доношенных детей включены в основную 1А подгруппу, 48 недоношенных детей включены в основную 1В подгруппу. В контрольную группу отнесены 76 здоровых новорожденных без внутриутробной инфекции, которые в свою очередь делятся на 2А группу доношенных (60 детей) и 2В — недоношенных новорожденных (16 детей). Всем обследуемым детям проводили аудиологическое исследование для оценки функции периферического отдела слуховой системы.

**Результаты.** В основной группе среди исследуемых в первый год жизни в группе 1А нейросенсорная тугоухость встречается в  $6,7 \pm 2,5\%$  случаев, а в группе 1В —  $4,5 \pm 3,1\%$  случаев. В раннем возрасте сенсорная тугоухость у детей в группе 1А встречается в  $3,8 \pm 1,9\%$  случаев, а в группе в 1В  $2,3 \pm 2,2\%$  случаев. В контрольной группе детей различного гестационного возраста данная патология не отмечалась.

**Заключение.** Внутриутробные инфекции оказывают выраженное влияние как на состояние ребенка при рождении, так и на течение постнатального периода развития. В связи с высокой частотой возникновения детям с ВУИ необходимо регулярное аудиологическое наблюдение для ранней диагностики нарушений слуховой функции.

**Геллер С. И., Камилова А. Т., Умарназарова З. Е., Султанходжаева Ш. С.,  
Худоерова З. С.**

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

## **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА И $\beta$ -ДЕФЕНЗИНА 2 У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ**

**Актуальность.** Антимикробные пептиды являются важным звеном врожденного иммунитета. Кроме того считается, что кальпротектин — важный провоспалительный посредник в реакциях острого и хронического воспаления, а  $\beta$ -дефензины 2 играют ключевую роль в обеспечении первой линии защиты макроорганизма.

**Цель исследования.** Определить уровень фекальных кальпротектина и  $\beta$ -дефензина 2 у детей с муковисцидозом.

**Пациенты и методы.** Было обследовано 37 детей со смешанной формой муковисцидоза, в возрасте от 2 месяцев до 3 лет. Средний возраст установления диагноза составил  $27,2 \pm 5,8$  мес. Диагноз устанавливали на основании увеличения хлоридов пота по Куку (более 60 мэкв/л) и генетических исследований. Измерение уровня фекального кальпротектина проводилось с использованием набора Human Fecal Calprotectin (Hycult Biotech, Нидерланды) для количественного определения в образцах кала. Определение  $\beta$ -Defensin 2 проводилось с помощью ИФА набора для количественного определения  $\beta$ -дефензина в образцах кала производства фирмы Immundiagnosics (Германия).

**Результаты.** Результаты исследования показали, что у детей с муковисцидозом уровень фекального кальпротектина был выше нормы в 4,4 раза —  $87,7 \pm 18,1$  нг/кг,  $19,95 \pm 1$  нг/кг соответственно ( $p < 0,001$ ). Концентрация  $\beta$ -дефензина 2 в копрофильтратах составила  $108,2 \pm 11,3$  нг/мл, что в 1,7 раза превышало содержание  $\beta$ -дефензина 2 у здоровых детей ( $64 \pm 2,4$  нг/мл),  $p < 0,001$ . У детей с муковисцидозом выявлена прямая зависимость между значениями фекального дефензина  $\beta 2$  и степенью нутритивной недостаточности ( $r = 0,3$ ), выраженностью воспалительного синдрома ( $r = 0,31$ ), а значения фекального кальпротектина влияли на выраженность панкреатической недостаточности, диареи и лейкоцитоза крови ( $r = 0,3$ ;  $r = 0,34$ ;  $r = 0,36$ ). Увеличение фекального кальпротектина у детей с муковисцидозом, вероятно связано с воспалением, вызванным преобладанием патологической кишечной микробиоты в следствие изменения физико-химического состава кишечного секрета. Значительное увеличение содержания  $\beta$ -дефензина 2 в копрофильтратах объясняется активацией ряда клеточных структур эпителиального пласта кишки поскольку основными продуцентами  $\beta$ -дефензинов в кишечнике являются энтероциты слизистой оболочки, макрофаги, дендритные клетки.

**Заключение.** Таким образом, установлено четырехкратное увеличение фекального кальпротектина и двукратное превышение нормы  $\beta$ -дефензина 2 у детей с муковисцидозом.



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

*Азербайджанский республиканский медицинский университет, Баку,  
Азербайджанская Республика*

## **СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ХЕЛИКОБАКТЕРАССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Актуальность.** *H. pylori*-ассоциированная гастродуоденальная патология занимает ведущее место в структуре детской заболеваемости в Азербайджанской Республике. Нарушение качественного и количественного состава микробиоты повышает риск развития заболеваний гастродуоденальной зоны.

**Цель исследования.** Изучить состояние микробиоты кишечника у детей с *H. pylori*-ассоциированной патологией у детей.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находился 71 ребенок в возрасте 7–15 лет с *H. pylori*-инфекцией. С целью верификации диагноза всем пациентам была проведена эзофагогастродуоденоскопия. Среди обследованных у 60 пациентов (85%) был обнаружен хр. гастродуоденит: у 3 (4%) — язвенная болезнь желудка, у 8 (11%) — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Для оценки микробиоты использовали бактериологический метод, который проводили до начала эрадикационной терапии.

**Результаты.** Полученные в ходе исследования результаты показали, что у 6 (8,5%) детей изменений не обнаружено, в то время как у 65 (91,5%) детей имелись нарушения микробиоты разной степени тяжести. У 15% наблюдалось снижение бифидумбактерий, у 18,2% снижение лактобактерий. Также у 8% отмечалось повышение *S. aureus*, у 12,1% — *E. coli* лактазонегативных форм, у 13,5% был увеличен уровень грибов *Candida*, у 18% повышены клостридии, энтерококки были увеличены у 9%, у 6,2% детей повышен *E. coli* гемолитический.

**Заключение.** Таким образом, *H. pylori*-ассоциированная гастродуоденальная патология часто развивается на фоне дисбиоза, который усугубляется эрадикационной терапией. Поэтому лечение этой патологии должно включать коррекционные методы дисбиоза кишечника как до, так и после эрадикационной терапии.

Гирина А. А.<sup>1</sup>, Петровский Ф. И.<sup>1</sup>, Штрак Е. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Российская Федерация

## **АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ В СМЕСЯХ НА ОСНОВЕ ВЫСОКОГИДРОЛИЗОВАННОГО МОЛОЧНОГО БЕЛКА ИЛИ АМИНОКИСЛОТ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЕЙ К БЕЛКАМ КОРОВОЬЕГО МОЛОКА**

**Актуальность.** Проблема аллергии к белкам коровьего молока (АБКМ) является крайне актуальной. У детей первого года жизни частота АБКМ составляет 2–3–4,2%, в возрасте 2–5 лет — 3,75%. При необходимости искусственного вскармливания у таких детей рекомендовано использовать специализированные смеси на основе высокогидролизованного молочного белка (ВГМБ) или аминокислот. В соответствии с постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа дети первых трех лет жизни обеспечиваются молочными продуктами питания.

**Цель исследования.** Провести анализ потребности детей первого года жизни, страдающих АБКМ, в молочных смесях на основе ВГМБ или аминокислот на примере г. Ханты-Мансийска.

**Пациенты и методы.** Использованы отчетные данные детской поликлиники Окружной клинической больницы (Ханты-Мансийск) за 2017–2018 гг., проведен анализ историй развития 81 ребенка, получавшего молочные смеси на основе ВГМБ или аминокислот.

**Результаты.** В г. Ханты-Мансийске количество детей первого года жизни в 2017 г. составило 1601, 71 ребенок относился к группе высокого риска развития аллергии, из которых у 63 (89%) развилась АБКМ. Именно эти дети имели наиболее выраженные проявления АБКМ в сравнении с 18 пациентами, у которых АБКМ развилась на фоне отсутствия факторов риска (1,2% от всех детей, не имевших факторов риска). При отсутствии факторов риска АБКМ в 100% случаев проявлялась только поражением кожи. В общей популяции детей с АБКМ 50 (61%) имели кожные проявления, 31 (39%) — сочетанные проявления со стороны кожи и желудочно-кишечного тракта. Дети обеспечивались молочными смесями на основе ВГМБ или аминокислот за счет бюджета Автономного округа. Анализ потребности в смесях выявил следующее: 79% детей получали ВГМБ смеси с лактозой, 9% — ВГМБ смеси без лактозы, 12% — аминокислотные смеси. Стойкая ремиссия была достигнута в 97,5% случаев.

**Заключение.** По данным проведенного исследования 5% детей первого года жизни страдают АБКМ, 88% детей получали ВГМБ смеси, 12% — смеси на основе аминокислот, что с учетом высокой клинической эффективности подобного вскармливания подтверждает рациональность ступенчатого подхода к выбору смеси и целесообразность бесплатного обеспечения детей с АБКМ специализированным питанием.

**Гирш Я. В., Тепляков А. А.**

*Сургутский государственный университет, Сургут, Российская Федерация*

## **ПРОБЛЕМА ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ЕСТЬ ЛИ ПРОГРЕСС?**

**Актуальность.** В настоящее время большая часть населения нашей страны, вне зависимости от возраста и пола, продолжает проживать в условиях йодного дефицита, что определяет высокий уровень заболеваемости щитовидной железой (ЩЖ), снижение показателей здоровья, физического и интеллектуального развития.

**Цель исследования.** Дать оценку современной ситуации по заболеваниям щитовидной железой у детей и подростков Уральского федерального округа.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ распространенности патологии щитовидной железой в регионах Урала по данным литературных источников в последние 10 лет и результатов собственных исследований.

**Результаты.** Тенденция высокой распространенности патологии ЩЖ зарегистрирована у детей и подростков Уральского Федерального округа. В структуре патологии в ХМАО-Югре 36% детей имели изменение эхогенности паренхимы с формированием кистозных образований, 6% врожденный гипотиреоз, 8% хронический аутоиммунный тиреоидит, 3% диффузно-токсический зоб, 22% диффузно-нетоксический зоб и 4% аденомы ЩЖ. Только в 21% случаев не было диагностировано никаких патологических изменений. У подростков Пермского края определены устойчиво высокие показатели заболеваемости патологией ЩЖ без тенденции к ее снижению. В Магниторске (Южный Урал) в ходе диспансеризации по данным УЗИ-скрининга наиболее часто фигурировали диффузные изменения I и II степеней. Из общего количества осмотренных детей патологические изменения составили более 30%, у 53% детей обнаружено увеличение ЩЖ, у 21% усиление эхогенности паренхимы, что свидетельствует о напряжении функции ЩЖ и является признаком эндемии. 7,5% пациентов с диффузными изменениями паренхимы железой составили группу риска по аутоиммунным тиреоидитам, 6% детей имели очаговые образования в ЩЖ, что требует динамического УЗИ-контроля и онконастороженности.

**Заключение.** Таким образом, несмотря на определенный прогресс в области знаний населения по вопросам йодного дефицита, проводимые мероприятия в регионах, направленные на повышение информированности населения, отсутствуют значимые изменения распространенности тиреоидной патологии на территории РФ. Отсутствие единого закона об использовании йодированной соли в Российской Федерации продолжает оставаться решающим фактором поддержания йодного дефицита и всего разнообразного спектра патологических состояний.

**Гирш Я. В., Тепляков А. А.**

*Сургутский государственный университет, Сургут, Российская Федерация*

## **СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДЕТСКОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ СРЕДНЕГО ПРИОБЬЯ**

**Актуальность.** Проблема йодной недостаточности признана глобальной и значимой для человечества и остается не решенной в нашей стране. В этой связи заболевания щитовидной железы продолжают оставаться самыми распространенными в структуре эндокринной патологии в детской возрастной группе.

**Цель исследования.** Изучить структуру заболеваний щитовидной железы в детской возрастной группе пришлового населения Среднего Приобья (на примере г. Сургута).

**Пациенты и методы.** Проведено сплошное обследование 200 детей до 18 лет на базе БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2» и «Сургутская городская клиническая поликлиника № 5» в г. Сургуте за период 2017–2019 гг. Сбор данных производился в 4 этапа: 1) анкетирование родителей детей и подростков; 2) пальпация ЩЖ; 3) исследование тиреоидного профиля; 4) ультразвуковое исследование ЩЖ. Обработка данных проводилась в Microsoft Excel, 2010. Все законные представители подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Проведенное обследование показало, что в 20% случаев у детей не были выявлены признаки патологии щитовидной железы. Средний возраст пациентов составил 11,1 года, девочки 56%, мальчики 44%.

**Результаты.** В структуре патологии щитовидной железы: 6% — дети с врожденным гипотиреозом, 16% — с хроническим аутоиммунным тиреоидитом, 2% — с диффузно-токсическим зобом, 20% — с диффузно-нетоксическим зобом, 34% — с коллоидными кистами щитовидной железы, в 2% случаев были выявлены аденомы ЩЖ. Распространенность патологии ЩЖ у детей и подростков пришлового населения продолжает оставаться высокой. Традиционно в структуре наиболее частых изменений, встречаемых со стороны щитовидной железы, определялись коллоидные изменения железы и диффузный нетоксический зоб как проявления йододефицитных состояний.

**Заключение.** Более значимые изменения ЩЖ диагностированы у девочек. Именно у лиц женского пола были диагностированы аденомы ЩЖ, диффузный токсический зоб и преобладали аутоиммунные изменения железы.

**Глушко Ю. В., Ершова И. Б.**

*Луганский государственный медицинский университет имени святителя Луки,  
Луганск, Луганская Народная Республика*

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ДОМА РЕБЕНКА**

**Актуальность.** Рост числа детей, воспитывающиеся в детских домах, на фоне снижения общей численности детского населения, ставит изучение состояния здоровья детей–сирот в одну из приоритетных задач педиатрии.

**Цель исследования.** Изучить особенности физического развития у детей 5–15 лет, воспитывающихся в детском доме.

**Пациенты и методы.** Обследовано 62 ребенка 5–15 лет, воспитывающихся в детском доме. Группа сравнения: 56 детей, проживающих в семьях. Оценивались антропометрические показатели (длина тела, масса тела, окружность грудной клетки) с последующим определением гармоничности физического развития.

**Результаты.** Установлено, что дети, воспитывающиеся в детском доме, имеют значимо более низкие показатели физического развития в сравнении с детьми, воспитывающихся в семьях. У 33 детей (53,23%) основной группы фиксируется дисгармоничное физическое развитие, преимущественно за счет дефицита массы тела. Среди детей группы сравнения дисгармонично развиты 14 детей (25,0%). Дисгармоничность развития среди воспитанников чаще регистрировалась у мальчиков и была обусловлена дефицитом массы (24 человека, 38,71%) против 7 девочек (11,29%),  $p \leq 0,01$ ). Дисгармоничность за счет избытка массы встречалась лишь у 2 девочек (3,23%). При этом нами не зафиксировано, каких-либо нарушений в рационе питания детей из детских домов. Гендерных различий в группе сравнения нами не зарегистрировано.

**Заключение.** Физическое развитие детей, воспитывающихся в доме ребенка, характеризуется снижением гармоничности физического развития, преимущественно у лиц мужского пола, что может служить неблагоприятным фактором течения ряда заболеваний.

Гомолко К. А.<sup>1,2</sup>, Шишко Г. А.<sup>2</sup>, Артюшевская М. В.<sup>2</sup>, Михаленко Е. П.<sup>3</sup>, Малышева О. М.<sup>3</sup>, Полюхович Ю. В.<sup>3</sup>, Мосько П. Л.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Клинический родильный дом Минской области, Минск, Республика Беларусь

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

<sup>3</sup> Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, Минск, Республика Беларусь

## ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ -2 И -9 У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАМЕДЛЕННЫМ РОСТОМ, НАРУШЕНИЕМ ПИТАНИЯ ПЛОДА И СИНДРОМОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

**Актуальность.** Заболеваемость недоношенных с замедленным ростом и нарушением питания вносит существенный вклад в структуру патологии новорожденных. Установление связи выявленных молекулярно-генетических маркеров и риска формирования патологии, позволит оптимизировать оказание неонатальной помощи данным детям.

**Цель исследования.** Изучить встречаемость полиморфных вариантов генов матриксных металлопротеиназ (ММП) -2 и -9 у недоношенных с замедленным ростом и нарушением питания.

**Пациенты и методы.** Обследованы 221 недоношенный ребенок в сроке гестации 28–34 нед; 51 недоношенный с замедленным ростом и нарушением питания. Среди обследованных была выделена группа недоношенных с синдромом дыхательных расстройств — 126 детей, из которых 30 детей с замедленным ростом и нарушением питания плода. Выделение ДНК из пуповинной крови проводили способом с использованием фенол-хлороформной экстракции. Определение полиморфных вариантов -735С>Т (rs2285053) и -1575G>A (rs243866) гена *MMP2* и полиморфных вариантов -2660A>G (rs17576) гена *MMP9* проводили с использованием метода ПЦР-ПДРФ. Статистический анализ проводился с использованием программы SNPStats.

**Результаты.** При анализе основной группы и группы сравнения получены статистически значимые различия по частоте встречаемости полиморфных вариантов 1575G>A (rs243866) гена *MMP2*. Носительство генотипов 1575GA и 1575AA зарегистрировано у 64,4% недоношенных с замедленным ростом и нарушением питания и у 42,5% недоношенных с физическим развитием, соответствующим сроку гестации (OR = 2,45; 95% CI: 1,24–4,85; p = 0,0087). При наличии синдрома дыхательных расстройств также генотипы 1575GA и 1575AA в 1,5 раза чаще встречались у недоношенных новорожденных с замедленным ростом и нарушением питания (60,0%) чем в группе недоношенных с синдромом дыхательных расстройств тяжелой степени и физическим развитием, соответствующим сроку гестации — 39,9%.

**Заключение.** Выявлена связь наличия полиморфных вариантов 1575GA и 1575AA гена *MMP2* с предрасположенностью к замедленному росту и нарушению питания у недоношенных новорожденных, в том числе у недоношенных новорожденных с наличием дыхательных расстройств.

**Горелко Т. Г., Стасий Е. Д., Горелко В. В., Кулешина Т. М.**

*Институт матери и ребенка, Кишинев, Республика Молдова*

## **ДИЕТОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, ОСНОВАННАЯ НА ДАННЫХ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

**Актуальность.** Молекулярная диагностика на сегодняшний день — это наиболее точный метод определения источника аллергии у больного, прогнозирования тяжелых аллергических реакций и определения объективных критериев для проведения аллергенспецифической иммунотерапии.

**Цель исследования.** Разработка рекомендаций по диетотерапии детям с atopическим дерматитом вследствие пищевой аллергии по результатам молекулярной алергодиагностики.

**Пациенты и методы.** В исследовании были включены 30 детей в возрасте от 3 мес до 3 лет, страдающих среднетяжелым или тяжелым atopическим дерматитом (SCORAD > 30), наблюдающихся в отделении алергологии ИМиР. С диагностической целью, в комплексном обследовании детей которое включало сбор алергологического анамнеза, исследование общеклинических анализов, был включен анализ на определение IgE к экстрактам алергенов и алергенным компонентам в крови посредством теста ALEX (multiplex nano-bead technology). В ходе обследования оценивали уровень sIgE к Bos d8, Bos d4, Bos d5, Gal d1, Gal d2, Gal d3, Gal d4, Gal d5. Полученные результаты обработаны статистически.

**Результаты.** При сборе алергологического анамнеза, у всех включенных в исследовании детей, отмечалась связь между дебютом/обострением заболевания и использованием в пищу молока, молочных продуктов, яиц. У 10 детей отмечался высокий уровень sIgE к Bos d8 (казеину), у 6 к Bos d4 (альфа-лактальбумину), у 8 к Gal d1 (овомукоиду), а у 5 к Bos d8 (казеину), Gal d1 (овомукоиду), Gal d2 (овальбумину), Gal d4 (оволизозиму). При исключении из рациона детей с высоким уровнем sIgE к Bos d8 всех молочных продуктов, а из рациона детей с высоким sIgE к Gal d1 яиц и всех яйцесодержащих продуктов состояние пациентов резко улучшилось: через 7–10 дней индекс SCORAD составлял 10–15.

**Заключение.** Использование результатов молекулярной алергодиагностики способствует оптимизации диетотерапии детей с atopическим дерматитом и пищевой алергией и позволяет выработать отдаленный прогноз относительно последующей сенсibilизации этих пациентов.



**Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Калинина М. П.**

*Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, Москва, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОПУХОЛЕЙ ПАРАМЕНИНГЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

**Цель исследования.** Изучить группу образований параменингеальной локализации по обращаемости у детей и подростков.

**Пациенты и методы.** В исследование включены пациенты НМИЦ ДГОИ им Дмитрия Рогачева с 2012 по 2019 г.

**Результаты.** С 2012 по 2019 г. в отделении онкологии и детской хирургии обследовано 162 пациента, из них мальчиков 120 человек (75%), девочек — 42 (25%). Опухоли параменингеальной локализации представлены группой злокачественных и доброкачественных образований. Наиболее часто встречаются доброкачественные — 71% (n = 115), в 29% случаев — злокачественные (n = 47). Среди доброкачественных образований встречались юношеские ангиофибромы — 87,9%, глиальные гетеротопии — 5,2%, менингиомы — 2,6%, липомы — 2,6%, зрелые тератомы — 1,7. Злокачественные представлены мягкотканными саркомами — 51%, лимфомами — 19,1%, назофарингеальными карциномами — 14,9%, опухолями желточного мешка — 6,4%, незрелыми тератомами — 4,3%, другими опухолями — 4,3%. Основные клинические симптомы: храп — 82,7%, затруднение носового дыхания — 77,1%, хронический риносинусит — 61,7%, дисфункция слуховых труб — 61,7%, головная боль — 53,7%, эпистаксис — 29,6%, асимметрия ротоглотки — 18,5%, тризм — 12,9%, шейная лимфаденопатия — 3%, парез лицевого нерва — 1,8%, парез отводящего нерва — 1,8%. Время установления диагноза составили от 1,5 мес до 2 лет у доброкачественных образований и от 1,5 нед до 6 мес у злокачественных.

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

**Грачев Н. С.<sup>1</sup>, Полев Г. А.<sup>1</sup>, Ворожцов И. Н.<sup>1</sup>, Морозов И. И.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Рогачева, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Главный клинический госпиталь Министерства внутренних дел Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ОТОХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Применение эндоскопической техники в отохирургии становится распространенной практикой. Преимуществом применения эндоскопии в хирургии среднего уха является более широкое поле обзора, а также возможность «заглянуть за угол» с применением угловой оптики.

**Цель исследования.** Оценить возможности применения эндоскопической техники в отохирургии у детей

**Пациенты и методы.** С марта 2017 по ноябрь 2019 г. в отделении онкологии и детской хирургии НМИЦ ДГОИ прооперировано 53 пациента (81 операция): 3 биопсии образования барабанной полости эндоскопическим трансмеатальным доступом, 1 эндоскопическая тимпанопластика у пациента с ретракционным карманом в аттике с холестеатомой, 2 удаления образования барабанной полости (в том числе комбинированным трансмеатальным и субтемпоральным доступом), 32 эндоскопические мирингопластики височной фасцией и/или хрящом при мезотимпаните, 22 saniрующие операции по поводу распространенной холестеатомы, 21 second-look операция с реконструктивным этапом.

**Результаты.** В 6 случаях эндоскопической мирингопластики через 2 мес после операции отмечена остаточная перфорация в передних отделах. Все эти случаи — передние или субтотальные перфорации, закрытые эндоскопическим доступом с помощью височной фасции. Широкая ментопластика при эндоскопических доступах не выполнялась. Во всех остальных случаях за период наблюдения неотимпанальная мембрана состоятельна. Во всех случаях отмечена положительная динамика по данным аудиометрии (сокращение костно-воздушного интервала до значений менее 20 дБ).

**Заключение.** Эндоскопический эндомеатальный доступ показывает лучшие результаты при мирингопластике небольших задних перфораций. Субтотальная, тотальная перфорация или передняя перфорация при наличии изгиба передней стенки слухового прохода являются относительным противопоказанием к эндоскопическому доступу.

**Грекова А. И., Солдатенков С. В., Шевченко С. С., Соколовская В. В.,  
Жилина Е. А., Смолянкин Н. Н.**

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,  
Российская Федерация*

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Острые кишечные инфекции у детей занимают одно из ведущих мест среди инфекционных заболеваний. В настоящее время преобладают вирусные диареи. Актуальность бактериальных ОКИ заключается в тяжести течения, высокой летальности у детей раннего возраста, риске формирования хронической патологии ЖКТ.

**Цель исследования.** Выявить структуру ОКИ бактериальной этиологии и провести клинико-эпидемиологический анализ особенностей ОКИ у детей.

**Пациенты и методы.** Методом сплошной выборки проведен анализ 62 историй болезни детей, которые находились на лечении в инфекционном отделении ОГБУЗ «КБ № 1» в 2018 г. У всех детей диагноз ОКИ был подтвержден бактериологически.

**Результаты.** В структуре ОКИ преобладал сальмонеллез (81%), эшерихиоз (15%), иерсинеоз (4%). Среди сальмонелл — 87% *S. enteritidis* и 13% *S. typhimurium*. Среднетяжелые формы 95%. Мальчики 67%, девочки 33%. При *S. enteritidis* дети до 1 года — 5%, 1–3 года — 32%, 3–7 лет — 36%, старше 7 лет 27%. При *S. typhimurium* — до года — 50%, 1–3 года — 33%, 3–7 лет — 17%. У 36% преобладал синдром энтероколита, у 29% — гастроэнтерит, у 35% — гастроэнтероколит. У всех детей был выражен синдром токсикоза, сохранялся 5 дней при *S. enteritidis* и до 8 дней при *S. typhimurium*. В структуре эшерихиозов, 72% составили энтеропатогенные эшерихии (ЭПЭ), по 14% энтерогеморрагические (ЭГЭ) и энтероинвазивные (ЭИЭ). Преобладали среднетяжелые формы, при ЭПЭ у 15% тяжелые формы. Мальчики — 71%, девочки — 29%. Дети до года — 14%, от 1 до 3 лет 44%, 3–7 лет 14%, старше 7 лет — 28%. В 1–2-е сут заболевания госпитализированы 40% детей с ЭПЭ, и 10 и 12% соответственно с ЭИЭ и ЭГЭ. Токсикоз был выражен у всех детей. У 57% синдром гастроэнтерита, у 29% гастроэнтероколита, у 14% — энтерогемоколит. Интоксикация купировалась к 6–7-му дню госпитализации независимо от этиологии. Кишечный синдром сохранялся от 5 до 8 дней.

**Заключение.** В структуре бактериальных ОКИ преобладает сальмонеллезная инфекция, а в этиологии доминирует *S. enteritidis*, среди эшерихиозов преобладают ЭПЭ. Тяжесть ОКИ бактериальной этиологии определяется возрастом, наличием выраженности интоксикационного синдрома и топическим синдромом.

**Гузик Е. О.**

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск,  
Республика Беларусь*

## **КАРТА ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В УЧРЕЖДЕНИИ ОБЩЕГО СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**Актуальность.** Неправильное распределение учебной нагрузки в течение дня, недели и учебной четверти влечет за собой не только ухудшение успеваемости, но и способствует неблагоприятным тенденциям в состоянии здоровья учащихся, определяет необходимость унификации подходов к оценке организации учебного процесса.

**Цель исследования.** Разработать карту гигиенической оценки организации образовательного процесса в учреждении общего среднего образования (УОСО).

**Пациенты и методы.** Разработка требований к организации образовательного процесса выполнена на основании Санитарных норм и правил «Требования для УОСО», утвержденных Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 27.12.2012 № 206 и Специфических санитарно-эпидемиологических требований к содержанию и эксплуатации учреждений образования, утвержденных Постановлением Совета Министров Республики Беларусь 07.08.2019 № 525.

**Результаты.** Для организации образовательного процесса в соответствии санитарно-гигиеническими требованиями важным является соблюдение: режима учебных занятий; учет динамики работоспособности; максимальной учебной нагрузки с учетом вида УОСО и года обучения. Для унификации санитарно-гигиенических регламентов к организации обучения в настоящее время требования к УОСО систематизированы и определены годом обучения (с 5-го по 11-й класс), особенностями организации образовательного процесса (обучением на базовом, повышенном или углубленном уровне), расположением УОСО (на территории радиоактивного загрязнения, сельской местности и др.), специализацией обучения (колледж искусств, специализированные по спорту классы и др.), а также особенностями состояния здоровья (обучение в санаторных школах-интернатах, специальных учебно-воспитательных учреждениях и т. д.). Проанализированные требования включены в Карту гигиенической оценки образовательного процесса, которая может быть использована для гигиенической оценки расписания каждого отдельного учебного класса. При этом определено 18 критериев. Максимально при оценке расписания может быть получено 36 баллов.

**Заключение.** Использование разработанной карты позволит проводить санитарно-гигиеническую оценку расписания учащихся 5–11-х классов различных видов учреждений образования и оценивать влияние организации образовательного процесса на развитие утомления и переутомления детей в процессе обучения.

**Гузик Е. О., Мащенко И. В., Сидукова О. Л.**

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь*

## **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ 5–11-х КЛАССОВ г. МИНСКА**

**Актуальность.** В настоящее время значительный объем учебной нагрузки, дефицит времени для усвоения информации, большой объем домашнего задания, расширение спектра дополнительных образовательных услуг способствуют ухудшению состояния здоровья учащихся, поэтому актуальным является его изучение в процессе обучения.

**Цель исследования.** Изучить особенности состояния здоровья учащихся базовой и средней школы и гимназии крупного промышленного центра.

**Пациенты и методы.** Изучены медицинские справки о состоянии здоровья (Форма 1 здр/у-10) учащихся 5–11-х классов в школе и гимназии Минска. Оценка длины, массы, индекса массы тела (ИМТ) выполнена согласно инструкции по применению «Центильные характеристики антропометрических и лабораторных показателей у детей в современный период», регистрационный № 180-1208 от 10.04.2009. Оценка адаптационного потенциала (АП) — инструкции 2.4.2.11-14-26-2003 «Сбор, обработка и порядок представления информации для гигиенической диагностики и прогнозирования здоровья детей в системе «Здоровье — среда обитания». Всего обследовано 617 учащихся, в т. ч. 323 девочек и 294 мальчиков.

**Результаты.** При оценке физического развития у 15,1% детей ИМТ выше среднего, у 7,5% — высокий уровень. Максимальная доля детей с высоким и очень высоким ИМТ в 5-м (14,6%), 8-м (15,1%) и 9-м (14,8%) классах. У 38,6% учащихся удовлетворительная адаптация, у каждого четвертого — напряжение механизмов адаптации, у 21,0% неудовлетворительная адаптация, у 17,4% — срыв адаптации. В процессе обучения в 2,0 раза увеличивается удельный вес детей со срывом адаптации. Среди детей 17 летнего возраста срыв адаптационных возможностей организма встречается у каждого четвертого (в 10 лет — 13,3%). Каждый четвертый учащийся 5–11-х классов имеет нарушение осанки, около 40% — нарушение зрения, менее половины учащихся (44,8%) занимается в основной группе по физкультуре, 38,1% — хронические заболевания. С 5-го по 11-й класс наблюдается увеличение в 2,1 раза распространенности нарушений осанки, уменьшение в 3,7 раза доли учащихся, имеющих основную группу по физической культуре при увеличении в 4,1 раза доли детей, занимающихся в СМГ и ЛФК группах, увеличение в 2,7 раза удельного веса учащихся имеющих хронические заболевания (3–4-я группы здоровья).

**Заключение.** Выявленные неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья учащихся в процессе обучения свидетельствуют, что целесообразным является гигиеническая оценка факторов риска, определяющих здоровье и разработка целенаправленных профилактических мероприятий.

**Гусева М. А.**

*Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, Москва, Российская Федерация*

## **СПЕЦИФИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В СТРЕССОГЕННОЙ СИТУАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕБЕНКА**

**Актуальность.** Актуальность исследования определяется необходимостью эмпирического анализа репродуктивного поведения семей ребенка-инвалида с онкологическим заболеванием, а также специфических факторов, способствующих или препятствующих более полной реализации потребности этих семей в детях.

**Цель исследования.** Изучить специфику репродуктивного поведения родителей в стрессогенной ситуации онкологического заболевания ребенка.

**Пациенты и методы.** Проанкетировано 1085 матерей репродуктивного возраста 24–49 лет (медиана 36), имеющих ребенка с онкологическим заболеванием в ремиссии (75,6% — с гемобластомами; 24,4% — с солидными опухолями; 64,4% — со сроком ремиссии до 5, 35,6% — более 5 лет). В качестве контроля проведен вторичный анализ данных всероссийского исследования «Семья и рождаемость». Статистическая обработка проводилась с использованием теста Хи-квадрат; для попарных сравнений применялась поправка Бонферрони.

**Результаты.** Выявлены особенности исследуемой когорты — существенное повышение в структуре занятости доли неработающих матерей (34,6 и 16,8%,  $p < 0,01$ ) и доли семей с низким доходом (41,8 и 31,4%,  $p < 0,01$ ); снижение доли семей, состоящих в незарегистрированном браке (10,4 и 14,4%,  $p < 0,01$ ); более высокие репродуктивные установки: среднее желаемое число детей — 2,59 и 2,28, среднее ожидаемое — 2,05 и 1,72, соответственно ( $p < 0,01$ ); семей с 1 ребенком — 39,7 и 64,2%, с двумя — 48,7 и 30,7%, с тремя-четырьмя — 11,2 и 4,8% соответственно ( $p < 0,01$ ). Под влиянием онкологического заболевания 25,7% семей консолидировались, отношения ухудшились у 10,3%, развелись 8,1%. Проведен анализ влияния на репродуктивное поведение семей различных, специфических для детской онкологии, факторов, таких как вид опухоли, продолжительность и тяжесть противоопухолевого лечения, уровень инвалидизации ребенка. Так, показано существенно более частое ухудшение супружеских отношений в семьях с солидной опухолью (22,5%) у ребенка сравнительно с гемобластомами (18,7%), ( $p < 0,05$ ). Система ценностей существенно трансформировалась у наших респондентов: первые места в иерархии заняли семейдетные жизненные ценности и цели.

**Заключение.** Онкологическое заболевание у ребенка вызывает ряд проблемных ситуаций, которые могут быть успешно решены при изменении жизненных ценностей семьи. Интериоризация семейных ценностей приводит к сплоченности родителей, увеличению потребности в детях и уровня детности при общем снижении уровня жизни.

**Дакуко А. Н.**

*Омский государственный медицинский университет, Омск,  
Российская Федерация*

## **ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ КОСТНЫХ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (ДСТ)**

**Актуальность.** С учетом прогрессивности появления признаков ДСТ наиболее значимым является внедрение ранних, неинвазивных и точных методов диагностики данной патологии у детей для врачей всех специальностей, что позволит своевременно профилактировать развитие возможных осложнений ДСТ в терапевтической практике.

**Цель исследования.** Оценить состояние костной ткани по данным микроскопического исследования зубов у детей и определить возможные маркеры ДСТ у них.

**Пациенты и методы.** На базе ФГБОУ ВО ОмГМУ обследовано 40 детей. При этом у 25 детей (1-я группа) установлена ДСТ средней степени тяжести по данным оценочных таблиц (Кадурина Т. И., 2014), у 15 детей (2-я группа) признаков ДСТ не обнаружено. Всем пациентам проведена оценка состояния костной ткани по данным атомно-силовой микроскопии (АСМ) непостоянных зубов с использованием сканирующего зондового микроскопа Solver Pro (NT-MPT, Российская Федерация). По цифровым снимкам эмали зубов осуществлялся анализ степени упаковки и формы эмалевых призм, определялся размер эмалевых призм, размер межпризменного промежутка и его высота и размер оболочки эмалевых призм.

**Результаты.** Проведенные исследования образцов молочных зубов у 40 детей показали преобладание патологических изменений эмали зубов в группе с признаками ДСТ. По качественным характеристикам эмалевых призм, у лиц без ДСТ ( $n = 15$ ) отмечалось постоянство структуры в виде упорядоченных шестигранных и даже семигранных, с аркообразными формами эмалевых призм. В группе детей с ДСТ ( $n = 25$ ) призм располагались хаотично, они имели и пятигранную и шестигранную структуру. При зондовой микроскопии эмали зубов у лиц с ДСТ эмалевые призмы отличаются меньшими размерами и объемом, что говорит о менее плотной их упаковке. Увеличение высоты межпризменного промежутка у лиц с ДСТ говорит об увеличении общей доли органического вещества, оболочка эмалевой призмы так же отличается большими размерами. Основным различием между группой контроля ( $n = 15$ ) и пациентами с ДСТ ( $n = 25$ ) было наличие гипоминерализованной структуры кристаллической решетки гидроксиапатитов, неправильная их пространственная ориентация, что послужило изменением залегания органического матрикса, нарушением формирования взаимоотношения органического матрикса и минерального компонента, несвойственных данному периоду созревания эмали зубов.

**Заключение.** Метод АСМ позволяет детально изучить отличительные признаки структуры эмалевых призм непостоянных зубов у детей и может быть использован в практике врача как эффективный, неинвазивный метод ранней диагностики формирования соединительнотканых нарушений с целью ранней профилактики осложнений.



**Дауко А. Н.**

*Омский государственный медицинский университет, Омск,  
Российская Федерация*

## **СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЮНЫХ ХОККЕИСТОВ г. ОМСКА**

**Актуальность.** Систематические чрезмерные мышечные нагрузки в спорте рано или поздно вызывают дистрофические изменения в миокарде вследствие нарушения метаболизма, что может привести к развитию сердечной недостаточности и смерти.

**Цель исследования.** Изучить состояние сердечно-сосудистой системы у детей, занимающихся хоккеем с целью ранней диагностики и профилактики осложнений.

**Пациенты и методы.** На базе БУЗОО «Врачебно-физкультурный диспансер» г. Омск в 2019 году обследовано 58 хоккеистов от 10 до 15 лет (с интенсивностью тренировок более 10 ч в неделю). Проведена оценка признаков ДСТ (по таблицам Кадуриной Т. И., 2014 г.), полное физикальное исследование сердечно-сосудистой системы. Лабораторная диагностика — уровень магния, натрия, калия, КФК, КФК-МВ в сыворотке крови. Инструментальная диагностика — электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ) в двухмерном и доплеровском режимах, кардиоинтервалография (КИГ) с расчетом индекса напряжения по Р.М. Баевскому. Психологическое тестирование по Спилбергу.

**Результаты.** Обследование спортсменов выявило у 48% из них локомоторные признаки ДСТ (нарушение осанки, деформация грудной клетки, плоскостопие, умеренный ГМС) в сочетании со снижением уровня магния в пределах 0,6–0,7 ммоль/л у 69% спортсменов. У 41% хоккеистов были выявлены признаки стрессорной кардиомиопатии: депрессия сегмента ST в левых грудных отведениях (у 13,8%), атриовентрикулярная блокада II степени (у 15,5%), синусовая брадикардия менее 2-го центиля (у 44,8%), увеличение индекса массы миокарда левого желудочка более 110 г/м<sup>2</sup> (у 12,5%), увеличение показателя E/a, характеризующего отношение скоростей раннего и позднего диастолического наполнения левого желудочка, более 2,0 (у 10,3%). При этом у 55% обследованных отмечался высокий уровень стресса, проявлявшийся повышенным уровнем индекса напряжения (более 100 усл. ед.) по данным КИГ, а также показателями личностной и ситуативной тревожности по данным психологического тестирования (у 43%).

**Заключение.** Выявленные изменения могут быть связаны с проявлениями ДСТ, особенностями нагрузки в данном виде спорта. Своевременно выявленная стрессорная кардиопатия у спортсменов позволяет подобрать безопасный режим тренировки и своевременно провести метаболическую коррекцию, с целью профилактики осложнений.

**Джумагазиев А. А.<sup>1</sup>, Дадова И. Б.<sup>1,2</sup>, Митлилова П. Н.<sup>3</sup>, Безрукова Д. А.<sup>1</sup>, Богданьянц М. В.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Российская Федерация

<sup>2</sup> Городская поликлиника № 2, Астрахань, Российская Федерация

<sup>3</sup> Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала, Российская Федерация

## **ДИНАМИКА ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДВУХ ЛЕТ ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ ОТ ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ**

**Актуальность.** Одним из факторов риска развития ожирения у ребенка может быть наличие избыточной массы тела до беременности и ее высокая прибавка за период гестации у женщины (М. В. Гмошинская и др., 2016).

**Цель исследования.** Изучить роль избыточной массы тела и ожирения у матерей во время беременности на динамику индекса массы тела (ИМТ) у детей первых двух лет жизни.

**Пациенты и методы.** В проспективном исследовании наблюдались две группы детей 2016 года рождения, основная и контрольная. Основная группа включала 48 детей, рожденных от матерей с избыточной массой тела и ожирением (индекс массы тела, ИМТ, соответственно 25–29,9 кг/м<sup>2</sup> и ≥ 30 кг/м<sup>2</sup>). Контрольную группу составили 34 ребенка, рожденные от женщин с нормальным показателем ИМТ (18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>). У каждого ребенка при рождении, в возрасте 3, 6, 9 мес жизни, в 1 и 2 года жизни в соответствии с использованием международных критериев ИМТ (WHO Anthro, 2005) определен ИМТ.

**Результаты.** В исследуемых группах при рождении отсутствовали дети с повышенным и высоким ИМТ. При исследовании детей в 3 мес жизни выявлено, что ИМТ у детей соответствует возрастной норме более, чем в 93% случаев в каждой группе. В 6 месяцев различий в показателях ИМТ в сравниваемых группах не выявлено ( $p = 0,698$ ). В 9 мес жизни частота детей с повышенной и избыточной массой тела и ростом выше в основной группе (соответственно  $p = 0,017$  и  $p = 0,035$ ), различий по ИМТ не выявлено. В 1 год жизни у детей основной группы сохраняются более высокие цифры по росту ( $p = 0,0456$ ), разница по массе тела и ИМТ между группами незначительна. При вычислении ИМТ в 2 года обнаружено, что количество детей с избыточной массой тела в основной группе составляет 58,3% (28 детей), а в контрольной — 26,5% (9 детей). ИМТ соответствующий избыточной массе тела встречается только в основной группе (37,5%, 18 детей), в контрольной группе ИМТ всех детей соответствовал возрастным международным критериям WHO Anthro, 2005 ( $p = 0,001$ ).

**Заключение.** Влияние избыточной массы тела и ожирения у матери во время беременности на ускоренное развитие детей по нашим данным начинает проявляться с 9 мес жизни и к 2 годам более чем у трети детей в основной группе ИМТ соответствовал параметрам избыточной массы тела.

**Дзюбич Л. И.<sup>1</sup>, Сергеев П. А.<sup>1</sup>, Бикейкина Г. П.<sup>2</sup>, Раздолькина Т. И.<sup>1</sup>,  
Акашкина Е. Ю.<sup>1</sup>, Безбородова О. В.<sup>3</sup>, Сережкина Л. Ю.<sup>3</sup>, Петракова Г. Н.<sup>4</sup>,  
Начаркина А. В.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Мордовский государственный университет, Саранск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Детская республиканская клиническая больница, Саранск, Российская Федерация

<sup>3</sup> Детская поликлиника № 2, Саранск, Российская Федерация

<sup>4</sup> Детская поликлиника № 1, Российская Федерация, Саранск

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ПОСТНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ**

**Актуальность.** Раннее выявление врожденных аномалий развития мочевыделительной системы (МВС) — основа профилактики острых инфекционно-воспалительных заболеваний почек, их хронизации, детской инвалидности, младенческой и детской смертности.

**Цель исследования.** Оценить состояние МВС по результатам постнатального ультразвукового скрининга у детей в возрасте 1 мес.

**Пациенты и методы.** Ретроспективный анализ результатов ультразвукового исследования (УЗИ) почек, проведенного в амбулаторных условиях, у 4063 детей (2126 мальчиков и 1937 девочек) в возрасте 1 мес. (средний возраст  $30 \pm 1,8$  дня) за 3-летний период (2016, 2017, 2018 гг.). Обследование проведено на аппарате LOGIQ 7P.

**Результаты.** При анализе протоколов постнатального УЗ скрининга признаки изменений почек были выявлены у 151 (3,7%) ребенка, в том числе у 127 (3,1%) — со стороны чашечно-лоханочной системы (ЧЛС). В структуре изменений ЧЛС преобладала пиелюэктазия (67%;  $n = 86$ ), реже встречались: каликопиелюэктазия (23,6%;  $n = 30$ ), каликюэктазия (3,9%;  $n = 5$ ), гидронефроз (3,9%;  $n = 5$ ) и уретерогидронефроз (0,8%;  $n = 1$ ). У 24 (0,6%) детей были диагностированы изменения количества, формы, размеров, положения почек. При этом почти у трети (29,2%,  $n = 7$ ) из них отмечались УЗ-признаки асимметрии размеров почек, у 5 (24%) — выявлено удвоение почек, с одинаковой частотой (12,5%;  $n = 3$ ) диагностированы агенезия почки и дистопия правой почки, в единичных случаях (4,2%) — подковообразная и сморщенная почка.

**Заключение.** Таким образом, при проведении постнатального ультразвукового скрининга почек у детей в возрасте 1 мес изменения выявлены у 3,7% детей. Наиболее часто выявлялись признаки пиелюэктазии.

Донников М. Ю.<sup>1</sup>, Мещеряков В. В.<sup>1</sup>, Колбасин Л. Н.<sup>1</sup>, Сацук Н. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Сургутский государственный университет, Сургут, Российская Федерация

<sup>2</sup> Нижневартовская окружная клиническая больница, Нижневартовск, Российская Федерация

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПАТОМОРФОЗ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ ХМАО-ЮГРЫ В УСЛОВИЯХ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА (2012–2018 гг.)

**Актуальность.** Неонатальный скрининг муковисцидоза (МВ) обеспечивает раннее начало терапии, что положительно влияет на состояние пациентов. Изучение данных регионального регистра пациентов с МВ позволяет статистически охарактеризовать эпидемиологические показатели и клинический патоморфоз заболевания.

**Цель исследования.** Изучить эпидемиологические особенности и клинический патоморфоз МВ у детей в ХМАО при проведении неонатального скрининга, в период 2012–2018 гг.

**Пациенты и методы.** Проведено двухэтапное сплошное когортное ретроспективное сравнительное исследование: 1) эпидемиологических показателей МВ в ХМАО в 2012–2018 гг. (период ведения регистра) с оценкой динамики заболеваемости, распространенности, гендерно-возрастной структуры, среднего возраста пациентов/постановки диагноза; 2) изучение функциональных и клинико-лабораторных параметров в двух группах наблюдения, стандартизованных по возрасту 6–12 лет: 1-я группа — дети с МВ без неонатального скрининга (НС) (11 пациентов, 2000–2006 гг. рожд.), 2-я группа — дети с МВ с НС (16 детей, 2006–2012 года рождения), с использованием методов непараметрической статистики (при  $p = 0,05$ ).

**Результаты.** Анализ регионального регистра МВ показал, что в период 2012–2018 гг. наблюдается: 1) увеличение на 35,7% абсолютного числа пациентов с МВ (дети до 14 лет); 2) возрастная и гендерная структура без значимой динамики (дети до 14 лет более 2/3 больных МВ; средний возраст  $8,01 \pm 1,5$  года; М/Ж =  $48,7 \pm 3,2\%/51,2 \pm 3,2\%$ ); 3) увеличение удельного веса пациентов с НС (38,1% — 2012 г., 61,4% — 2018 г.); 4) возраст постановки диагноза (медиана, Ме, Q1–Q3) в группе 1: 4,5 (1,38–6,53) лет; в группе 2: Ме 0,63 (0,15–1,82) лет; 5) ИМТ кг/м<sup>2</sup>, Ме (Q1–Q3) в группе 1: 15,3 (14,9–15,6); в группе 2: 19,4 (17,7–19,9); 6) ОФВ<sub>1</sub> (в% от нормы), Ме (Q1–Q3) в группе 1: 93,0 (86,5–95,0); в группе 2: 100,0 (95,0–111,3); 7) интермиттирующая колонизация *P. aeruginosa*, абс %: группа 1: 5/45,5; группа 2: 2/12,5; по частоте встречаемости хронической колонизации *S. aureus* различий между группами не установлено; 8) частота госпитализаций сравнима в обеих группах, но суммарное число дней госпитализации в 1-й группе значимо большее (56–70 дней; во 2-й гр. 47–56,  $p = 0,04$ ); 9) в 1-й группе курсы АБТ в/в, ингаляционных бронхолитиков и ГКС были более продолжительны, чем во 2-й группе (81,8 в сравнении с 25,0% пациентов).

**Заключение.** Статистически подтверждено негативное влияние поздней диагностики МВ в виде более тяжелого течения, требующего длительных госпитализаций. Клинический патоморфоз МВ характеризуется менее выраженным прогрессированием МВ в условиях проведения массового неонатального скрининга МВ у детей в ХМАО.

**Дубровина Ю. В., Рыжий А. П., Алексеева О. С.**

*Детская городская клиническая больница № 8, Челябинск, Российская Федерация*

## **СУПП В РАБОТЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

**Актуальность.** Одним из факторов снижения доступности медицинской помощи в детской поликлинике является свободное передвижение пациентов от кабинета к кабинету.

**Цель исследования.** Оценить эффективность работы системы управления потоками пациентов (СУПП) в работе детской поликлиники.

**Пациенты и методы.** Возрастная группа исследуемых пациентов — дети до 3 лет. Проводился анализ времени нахождения пациентов в поликлинике методом хронометража и построения диаграммы Спагетти. Составлена карта текущего состояния процесса передвижения пациентов по поликлинике, определены слабые места (места образования очереди, пересечение потоков), составлена карта целевого состояния процесса передвижения пациентов по поликлинике. На основании карты целевого состояния процесса разработан алгоритм работы СУПП, встроенной в медицинскую информационную систему (МИС), позволяющей отслеживать перемещение пациентов по поликлинике с фиксацией временных промежутков (сколько времени стоит в очереди, сколько времени находится в кабинете врача).

**Результаты.** Среднее количество человек в очереди перед кабинетом врача-специалиста снизилось с 12 до 3 человек (на 75%), перед кабинетом забора крови с 10 до 3 (на 70%).

**Заключение.** Результаты работы СУПП позволили оптимизировать временные интервалы для записи пациентов к врачам-специалистам, с целью исключения временных потерь у врача-специалиста и повышения доступности медицинской помощи детям.

**Дюмин И. И.<sup>1</sup>, Балакирева Е. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Российская Федерация

<sup>2</sup> Детская областная клиническая больница, Белгород, Российская Федерация

## **НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Выживаемость новорожденных с ЭНМТ зависит от гестационного возраста и варьирует от 6% (22 нед) до 92% (28 нед). По литературным данным, наиболее частой патологией у детей с ЭНМТ являются РДСН — от 74 до 100%, ВУИ — от 43%, ВЖК — от 60 до 83%, врожденные пороки развития от 3 до 14%.

**Цель исследования.** Медико-статистическая оценка структуры заболеваний детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении и выписке.

**Пациенты и методы.** Нами были обработаны истории болезни 100 детей с ЭНМТ, поступивших в отделение реанимации перинатального центра Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа за 2016–2018 гг.

**Результаты.** За описываемые три года в структуре заболеваний глубоко недоношенных детей с ЭНМТ преобладали респираторный дистресс-синдром новорожденных (РДСН) — 100% (100 пациентов), внутриутробные инфекции (ВУИ) — 100% (100 пациентов), перинатальное поражение ЦНС — 99% (99 пациентов), в том числе внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) — 69% (69 пациентов), врожденные пороки развития (ВПР) — 6% (6 пациентов). По тяжести состояния все дети находились на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в течение длительного времени. Средняя продолжительность нахождения на ИВЛ составила 27,3 койко-дня. В процессе обследования и лечения в отделении реанимации к основным нозологическим формам прибавились следующие: анемии тяжелой степени — 89% (89 пациентов), желтухи — 66% (66 пациентов). Течение раннего адаптационного периода осложнилось следующими нозологическими формами: ДВС — 58% (58 пациентов), полиорганная недостаточность — 40% (40 пациентов), НЭК — 32% (32 пациента). По мере выхаживания детей исследуемой группы в нозологическую структуру добавились: бронхолегочная дисплазия (БЛД) — 53% (53 пациента), ретинопатии недоношенных (РН) — 40% (40 пациентов), гидроцефалия — 6% (6 пациентов).

**Заключение.** У всех детей с ЭНМТ в исследовании диагностированы РДСН и ВУИ. Перинатальное поражение ЦНС — у большинства пациентов 99%, в том числе с ВЖК — 69%. В 89% случаев диагностировались тяжелые анемии и желтухи 66%. ДВС синдром, полиорганная недостаточность, БЛД и РН — у каждого второго ребенка.

**Егорова В. Б., Скрыбина Е. Н., Ашимжанов М. И.**

*Северо-Восточный федеральный университет, Якутск, Российская Федерация*

## **ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** На состояние здоровья новорожденных детей в большой мере влияют медико-социальные факторы: заболеваемость матерей, течение беременности и родов, отношение матери к беременности, психологический климат в семье, условия жизни и работы.

**Цель исследования.** Оценить влияние медико-социальных факторов на здоровье новорожденных детей.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование 100 женщин, имеющих одного или более детей, находящихся на стационарном лечении в Перинатальном центре г. Якутск. Физическое функционирование женщины во время беременности: работоспособность сохранена у 49% женщин. Большинство, 66% отмечали повышенную утомляемость. Психоэмоциональное функционирование беременной женщины: большинство женщин имели те или иные нарушения сна, повышенную возбудимость, переменчивое настроение и различные страхи (страх перед родами, страх испортить фигуру, иметь больного ребенка).

**Результаты.** Социальное функционирование беременной женщины: у 58% семей брак зарегистрирован, у 8% гражданский брак, 6% имеют проходящего партнера, 19% одиноки. Заболеваемость во время беременности: 67% женщин имели заболевания во время беременности, из них 29% осложненный акушерский анамнез, 12% имели инфекционно-воспалительные заболевания, 9% хронические экстрагенитальные заболевания, 17% осложнения беременности. У 48% женщин роды естественные, без осложнений, у 23% оперативные, у 19% роды быстрые и/или стимулированные, у 6% роды затяжные. Условия жизни семьи ребенка: 52% семей проживают в жилище без удобств, 12% выбрали вариант холодное/сырое жилье и 36% семей без постоянного места жительства, т.е. проживают у родителей или на съемной жилой площади. 72% имеют благоприятный микроклимат в семье, у 25% есть пьющие, курящие, 3% правонарушители. Здоровье детей: 57% женщин родили доношенных детей, 33% недоношенных и 10% переносенных детей. Заболеваемость: у 34% болезни перинатального периода, у 13% выявлены нарушения слуха и зрения, у 6% — врожденная аномалия, не требующая лечения/операции, 5% есть врожденная аномалия, требующая систематического лечения/операции.

**Заключение.** Анализ результатов анкетирования показал наличие медико-социальных проблем в семьях, имеющих/родивших, которое основывается на материальном неблагополучии (низкий среднедушевой доход на члена семьи), неудовлетворительных жилищно-бытовых условий, наличие заболеваний во время беременности.



**Еникеева Д. Р., Самороднова Е. А., Шаяпова Д. Т.**

*Казанский государственный медицинский университет, Казань,  
Российская Федерация*

## **ВСПЫШКА МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В ДЕТСКОМ ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ**

**Актуальность.** На долю внебольничной пневмонии приходится значительное число госпитализации, что связано с особенностями возбудителя, поздней диагностики, и нерациональными курсами антимикробной терапии, поэтому выявление клинической специфики течения заболевания с учетом этиологии представляется актуальным.

**Цель исследования.** Проанализировать течение вспышки пневмоний и бронхитов в детском дошкольном учреждении в Казани в эпидемический сезон 2019 г.

**Пациенты и методы.** Проведено ретроспективное исследование 17 историй болезни детей в возрасте от 3 лет 8 мес до 6 лет 5 мес, которые находились на стационарном лечении с диагнозом острый бронхит или пневмония в пульмонологическом отделении г. Казани. Объединяющим фактором явилось, что все дети посещали одну и ту же группу детского сада, так как старшая и подготовительная группы находились совместно, учитывая летний сезон, и имели сходную клиническую симптоматику на момент поступления.

**Результаты.** Установлено, что у детей заболевание началось остро с катарального синдрома, далее умеренная интоксикация. Со 2–3-го дня присоединился приступообразный мучительный сухой кашель. Все дети наблюдались амбулаторно, и получали симптоматическую терапию, а 4 пациента с 6-го дня болезни — амоксициллин без динамики. Учитывая отсутствие эффекта от терапии, пациенты были госпитализированы. При поступлении отмечались диффузный характер влажных и сухих хрипов в сочетании с локальным притуплением при перкуссии. Рентгенологически в 7 случаях подтверждена пневмония, причем преобладала очаговая форма — 4 (57,1%). В периферической крови отмечалось отсутствие характерного для типичных пневмоний лейкоцитоза с нейтрофилезом, однако увеличение СОЭ до 38 мм/ч присутствовало. При серологическом обследовании у 15 пациентов были выявлены IgM, IgG к *M. pneumoniae*, 2 пациента оказались серонегативны, и 2 ребенка дополнительно имели IgM к *S. pneumoniae*. Учитывая данные анамнеза, отсутствие эффекта от терапии аминопенициллинами, особенности клинической симптоматики и физикальные данные, были назначены макролиды с положительным эффектом: рентгенологическим разрешением пневмонии на 10–11-й день госпитализации.

**Заключение.** Таким образом, вспышечный характер заболевания в детских организованных коллективах, преобладание катарального и респираторного синдромов над интоксикационным на фоне отсутствия эффекта от стартовой терапии аминопенициллинами позволяют заподозрить микоплазменную и/или хламидийную этиологию.

**Ершова И. Б., Петренко О. В.**

*Луганский государственный медицинский университет имени Святителя, Луганск,  
Луганская Народная Республика*

## **АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Актуальность.** Наиболее частой причиной острого бронхита у детей является вирусная инфекция, редко сопровождающаяся бактериальными осложнениями. Этиологическая диагностика носит ретроспективный характер. Клинические симптомы и эпидемиологическая ситуация определяют тактику лечения.

**Цель исследования.** Изучить частоту назначения антибиотиков у детей с острым бронхитом.

**Пациенты и методы.** Ретроспективно проанализированы медицинские карты 56 детей в возрасте от 3 до 17 лет (средний возраст  $7,75 \pm 1,23$  лет), перенесших острый бронхит, получавших лечение в амбулаторных условиях детской городской больницы г. Луганска.

**Результаты.** Было выявлено, что 53 (94,64%) детям на участке был назначен антибиотик. Из них бронхит, осложненный бактериальной инфекцией, диагностирован у 8 (14,28%) человек, что подтверждалось соответствующей клинической картиной и гематологическими изменениями. 24 (42,86%) ребенка получали препарат в инъекционной форме, при этом последовательный переход на пероральный прием отмечен лишь у 5 (8,93%) пациентов. В подавляющем большинстве при выборе антибиотика педиатры отдавали предпочтение цефалоспорином III поколения (38 (67,86%) человек). В остальных случаях препаратами выбора были «защищенные» пенициллины, макролиды. Комбинация из двух антибиотиков на старте лечения была зарегистрирована у каждого четвертого ребенка (14, или 25,0%, человек). Замена препарата на другой спустя 3–7 дней после лечения отмечена у 4 (7,14%) пациентов.

**Заключение.** Анализ антибиотикотерапии у детей, страдающих острым бронхитом, показал высокую частоту избыточного назначения антибактериальных препаратов, большую «инъекционную нагрузку», не всегда адекватную стартовую терапию. Необходимо повышение уровня знаний педиатров в области современной антибиотикотерапии.

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

<sup>1</sup> *Детская клиническая больница № 3, Смоленск, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Российская Федерация*

## **БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ВИТАМИН D**

**Актуальность.** Многие годы считалось, что основная роль витамина D заключается в помощи организму усваивать кальций. На сегодняшний день известны и некальциемические эффекты витамина D.

**Цель исследования.** Определить уровень 25(OH)D у детей с разной степенью бронхиальной астмы.

**Пациенты и методы.** Обследовано 80 детей в возрасте от 4 до 15 лет, у которых проводили определение транспортной формы витамина D. Основную группу составили 30 детей, страдающих бронхиальной астмой. В группу контроля вошли 50 детей, не страдающих заболеваниями. Концентрацию 25(OH)D в сыворотке крови определяли методом хемилюминесцентного иммуноанализа (CLIA) с использованием реактивов Liaison 25OH Vitamin D Total Assay (Германия) на аппарате Liaison DiaSorin Pleutschland GmbH (Германия). Адекватный уровень витамина D определяется как концентрация 25(OH)D более 30 нг/мл, недостаточность — как 21–30 нг/мл, дефицит — менее 20 нг/мл.

**Результаты.** В ходе исследования определено, что уровень 25(OH)D у детей, страдающих бронхиальной астмой, составил  $6,799 \pm 3,312$  нг/мл (от 3,423 до 17,3 нг/мл), что говорит о снижении содержания витамина D у данной группы детей. В группе контроля дефицит витамина D выявлен у 10% детей ( $n = 5$ )  $9,94 \pm 0,92$  нг/мл, что достоверно ниже, чем в основной группе детей ( $p < 0,01$ ). Нами установлены низкие показатели витамина D во всех возрастных группах у детей, страдающих бронхиальной астмой. Самыми критичными показателями обеспеченности витамином D был в возрасте 12–15 лет —  $5,86 \pm 2,11$  нг/мл ( $22,08 \pm 7,0$  нг/мл,  $p < 0,01$ ). Изучен уровень витамина D в зависимости от пола. Так установлено, что достоверных отличий по содержанию витамина D в крови у детей основной и контрольной групп нет ( $p > 0,05$ ). При определении взаимосвязи состояния костной прочности и обеспеченности витамином D, была установлена прямая сильная корреляционная зависимость ( $r_s = 0,72$ ,  $p < 0,05$ ). Дотация витамином D не проводилась в 100% случаев.

**Заключение.** Дети с бронхиальной астмой имеют низкий уровень витамина D в сыворотке крови. Степень тяжести и длительность заболевания не влияет на уровень кальцидиола в сыворотке крови, а зависимость от продолжительности заболевания была статистически значима.

**Жетишев Р. А., Бинод Б., Шаваева О. З., Хуламханова А. З., Непеева Л. Э.**

*Республиканская детская клиническая больница, Нальчик, Российская Федерация*

## **ВЛИЯНИЕ ГЕОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ НА ЭРИТРОИДНУЮ СИСТЕМУ РЕБЕНКА**

**Актуальность.** Железодефицитные состояния (ЖДС) являются одними из самых распространенных дефицитных состояний в мире. Исследования по изучению влияния проживания в различных географических условиях на эритроцитарную систему подтверждают, что проблема остается малоизученной.

**Цель исследования.** Изучить влияние высоты проживания на эритроцитарные показатели у детей.

**Пациенты и методы.** Проведено изучение 100 детей 12 мес жизни, из них 33 проживают на высоте 80 м, 34 — на высоте 1800 м, 33 — на высоте 3000 м. Исследование эритроцитарных показателей проводили с помощью гематологического анализатора Medonic Hematology analyzer M32. Всего проведено 300 исследований. Из них 100 анализов с определением эритроцитарных показателей. Для проведения исследования осуществлялся забор венозной крови в объеме 1 мл.

**Результаты.** В ходе проведенных исследований было выявлено, независимо от характера питания отмечались однонаправленные изменения эритроцитарных показателей в зависимости от высоты проживания. На высоте 80 м над уровнем моря показатели эритроцитов (RBC,  $10^{12}$  л) составили  $4,52 \pm 0,06$ , на высоте 1800 м —  $4,6 \pm 0,03$  и  $4,47 \pm 0,07$  на высоте 3000 м над уровнем моря. Значения гемоглобина (HGB, г/л) на высоте 80 м составили  $109 \pm 0,09$ , на высоте 1800 м —  $116 \pm 0,22$  и  $128 \pm 0,11$  на высоте 3000 м над уровнем моря. Средний объем эритроцитов (MCV, фл) также менялся в зависимости от высоты проживания:  $73,6 \pm 0,57$  на высоте 80 метров,  $78,6 \pm 1,45$  на высоте 1800 метров и  $82,8 \pm 1,70$  на высоте 3000 метров над уровнем моря. С увеличением высоты проживания отмечался достоверный рост уровня гемоглобина на 1800 м и достоверно более значимый уровень его на высоте 3000 м в сравнении с равнинной местностью. Достоверных отличий по количеству эритроцитов не было. Объем эритроцитов с ростом высоты проживания имел тенденцию к увеличению, достоверно более значимый уровень его на высоте 3000 м в сравнении с равнинной местностью.

**Заключение.** С увеличением высоты проживания отмечается тенденция к увеличению объема эритроцитов и достоверное повышение уровня гемоглобина в отдельно взятом эритроците, что является способом адаптации к проживанию в условиях высокогорья. Количество эритроцитов при этом не увеличивалось.

**Жетишев Р. А., Бинод Б., Шаваева О. З., Хуламханова А. З., Непеева Л. Э.**

*Республиканская детская клиническая больница, Нальчик, Российская Федерация*

## **ВЛИЯНИЕ ТРАДИЦИОННОГО ВЕГЕТАРИАНСТВА НА ЭРИТРОИДНУЮ СИСТЕМУ РЕБЕНКА**

**Актуальность.** Расширение объема знаний о роли железа в организме, диагностических возможностей, необходимость анализа факторов риска развития железодефицитных состояний и высокая распространенность дефицита железа среди детей раннего возраста послужили предпосылками для выполнения исследования.

**Цель исследования.** Определить показатели крови у детей из семей традиционного вегетарианства и у детей из семей, употребляющих мясные продукты.

**Пациенты и методы.** Проведено изучение 100 детей 12 мес жизни, из них детей-вегетарианцев — 48, невегетарианцев — 52. Исследование эритроцитарных показателей проводили с помощью гематологического анализатора Medonic Hematology analyzer M32, биохимические исследования — на автоматическом биохимическом анализаторе Dimension Xpand Plus. Всего проведено 300 исследований. Из них 100 анализов с определением эритроцитарных показателей, 200 — показателей уровня ферритина и трансферриновых рецепторов. Для проведения исследования осуществлялся забор венозной крови в объеме 1 мл.

**Результаты.** Значения эритроцитов ( $10^{12}$  л) у вегетарианцев составили  $4,5 \pm 0,04$ , в группе контроля  $4,6 \pm 0,05$  ( $p > 0,05$ ). Уровень гемоглобина (г/л) у вегетарианцев составил  $114,5 \pm 0,191$ , в группе контроля  $118 \pm 0,16$  ( $p > 0,05$ ). Средний объем эритроцитов (фл) у вегетарианцев составил  $74,6 \pm 1,07$ , в контрольной группе  $79,2 \pm 1,224$  ( $p < 0,05$ ). Значение ферритина (мкг/л) у вегетарианцев  $112,4 \pm 3,51$ , в группе контроля  $115,85 \pm 2,47$  ( $p < 0,05$ ). Показатели трансферриновых рецепторов (г/л) у вегетарианцев составили  $2,8 \pm 0,05$ , в группе контроля  $2,8 \pm 0,06$  ( $p > 0,05$ ). Сравнительный анализ эритроцитарных показателей и комплекса железа у детей из вегетарианских семей и семей, употребляющих мясные продукты, показал, что все изучаемые параметры за исключением уровня ферритина и среднего объема эритроцита достоверно не отличались в зависимости от характера питания. Уровень ферритина был ниже у детей из семей традиционного вегетарианства, также как и уровень среднего объема эритроцита.

**Заключение.** При традиционном вегетарианстве не отмечается уменьшение уровня гемоглобина и эритроцитов, однако отмечалось снижение запасов железа в депо, о чем свидетельствовало уменьшение уровня ферритина и среднего объема эритроцита.

**Жилина Е. А., Грекова А. И., Соколовская В. В., Шевченко С. С.,  
Смолянкин Н. Н.**

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,  
Российская Федерация*

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** В настоящее время клиническое значение аденовирусных заболеваний определяется их широким распространением, возможностью возникновения эпидемических вспышек, значительным удельным весом в структуре ОРВИ, вирусных диарей, поражений конъюнктивы, лимфоидной ткани.

**Цель исследования.** Изучить клинико-эпидемиологические особенности аденовирусной инфекции у детей в г. Смоленске, находившихся на стационарном лечении в 2017–2018 гг.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 62 историй болезни детей в возрасте от 1 мес до 14 лет с аденовирусной инфекцией, подтвержденных с использованием метода ПЦР в мазках носоглоточной слизи.

**Результаты.** У детей в возрасте до 1 года жизни аденовирусная инфекция определялась в 12,2% случаев, от 1 до 3 лет — в 45,3%, с 3 до 7 лет — в 30,3%, с 7 до 14 лет — в 12,2%. Достоверных различий среди мальчиков (51,8%) и девочек (48,2%) не выявлено. Для аденовирусной инфекции была характерна осенне-зимняя сезонность (63,6 против 36,4%,  $p < 0,05$ ). Синдром интоксикации встречался в 100% случаев. Достоверно чаще у пациентов отмечалась фебрильная температура тела (у 52,2%);  $p < 0,05$ : у 30,6% — субфебрильная температура, у 17,2% — высокая. Респираторный синдром проявлялся в виде острого ринита (в 81,8% случаев), фарингита (в 100%), тонзиллита (в 30,9%), ларингита (в 3,4%); бронхолегочный синдром — в виде острого бронхита (51,5%) и пневмонии (6,4%). Были выявлены такие дополнительные синдромы, как бронхообструктивный (у 4,8%), стеноз гортани (у 1,6%), кишечный синдром (у 4,8%), синдром конъюнктивита (у 11,2%). Как микст-инфекция аденовирусная протекала в 12,8% случаев, из которых наиболее часто сочеталась с риновирусной инфекцией (4,8%), с гриппом А (3,2%), с ВЭБ (1,6%), с ВГЧ 6-го типа (1,6%). Отмечено, что у 44,3% детей аденовирусная инфекция осложнялась бактериальной инфекцией.

**Заключение.** В возрастной структуре преобладали дети от 1 до 3 лет. Аденовирусная инфекция чаще встречалась в ассоциации с бактериальной инфекцией, чем в сочетании с другими вирусными патогенами. При поражении ВДП ведущими симптомами определялись фарингит и ринит, а при поражении НДП — острый бронхит, пневмония.

**Журавлева Л. Н., Новикова В. И.**

*Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,  
Витебск, Республика Беларусь*

## **ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ БЕЛКА КЛЕТКИ КЛАРА ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** В последние годы не отмечается уменьшения количества детей с бронхолегочной диспазией (БЛД). Для установки диагноза и степени тяжести БЛД требуется не менее 1 мес. Следовательно, для раннего прогнозирования БЛД является актуальным поиск современных биомаркеров.

**Цель исследования.** Определение уровней белка клетки Клара (БКК) у новорожденных, находящихся на ИВЛ, у которых впоследствии было диагностировано БЛД.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находилось 34 недоношенных новорожденных с дыхательными нарушениями, находящихся на ИВЛ более 1 нед (16 новорожденных были с врожденной пневмонией и 18 с респираторным дистресс-синдромом, РДС). Все дети имели гестационный возраст 27–35 нед, масса тела при рождении 930–2120 г. Объектом исследования была сыворотка и трахеобронхиальный аспират (ТА), забор осуществляли дважды — на 1–2-е сут и на 10–12-е сут. В сыворотке крови и ТА определяли содержание БКК методом ИФА при помощи поликлональных антител с использованием реактивов Fine Test. Первую группу (n = 13) составили дети с БЛД, 2-ю (n = 21) — без БЛД.

**Результаты.** Уровень БКК в ТА у детей с БЛД на 1–2-е сутки (1954,2 [1021,2–2673,8] пг/мл) был значительно ниже, чем у детей, не имевших признаков БЛД в последствии (2475,1 [1676,5–3,511] пг/мл). При исследовании уровня БКК в трахеальном аспирате на 10–12 день в группе детей с БЛД данный показатель был еще статистически ниже, чем у пациентов второй группы (без БЛД) и составил 1653,4 пг/мл [849,2–2187,4] пг/мл и 2273,6 пг/мл [1348,4–3281,5] пг/мл соответственно). Также мы отмечали падение уровня БКК в обеих группах на 10–12-е сут. Это можно объяснить снижением пролиферативной активности клеток Клара и угнетением выработки данными клетками специфического противовоспалительного протеина, что связано с уменьшением воспалительной реакции в легочной ткани и развитием процессов фиброобразования. Уровень БКК в сыворотке крови у детей с БЛД на 1–2-е сут (754,3 [398,4–1876,2] пг/мл) был значительно ниже, чем у детей, не имевших признаков БЛД в последствии (1476,5 [1163,9–2647,5] пг/мл). При исследовании уровня БКК в сыворотке крови на 10–12-й день в группе детей с БЛД данный показатель был еще статистически ниже, чем у пациентов 2-й группы (без БЛД) и составил 548,6 [326,5–1524,6] пг/мл и 1137,8 [679,7–2545,1] пг/мл.

**Заключение.** У детей с БЛД в содержимом трахеи и сыворотке крови наблюдалась статистически более низкая концентрация БКК на 1–2-е и 10–12-е сут жизни. Концентрация БКК менее 1432,6 пг/мл обладает чувствительностью 85,6% и специфичностью 79,0% для диагностики БЛД.



**Завьялов О. В.**<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Городская клиническая больница им. С. С. Юдина, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Перинатальный центр, родильный дом, Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

## **ОПТИМИЗАЦИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

**Актуальность.** В настоящее время выхаживание детей с массой тела менее 1000 г, рожденных ранее 28 нед гестации — одна из самых сложных медико-организационных проблем. Подавляющее большинство новорожденных с ЭНМТ нуждается в пролонгированной респираторной терапии из-за незрелости легких и дефицита сурфактанта.

**Цель исследования.** Изучить эффективность и безопасность респираторной терапии в режиме DUOPAP (аналог ВІРАР) через назальные канюли у детей с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде.

**Пациенты и методы.** Согласно дизайну исследования, 80 детей в первые 168 ч жизни соответствовали критериям включения и исключения. Сред масса тела:  $850 \pm 149$  г, средний срок гестации  $28 \pm 4$  нед. Все пациенты, в зависимости от данных  $SpO_2$  и выраженности СДР по шкале Сильверман–Андерсен (С–А) были разделены на 3 группы. 1-я гр. — SIMV:  $SpO_2 < 88\%$ , оценка С–А 6 и  $>$  баллов. 2-я гр. — DUOPAP:  $SpO_2 > 92\%$ , оценка С–А  $\leq 4$  баллов. 3-я гр. — DUOPAP + SIMV:  $SpO_2 88–92\%$ , оценка С–А 4–5 баллов. Исследовали КОС и газовый состав капиллярной крови, показатели НСГ. Проводилось определение продолжительности стартов и пролонгированной респираторной терапии. Сформированы основная, дополнительная группы критериев и противопоказания для стартов проведения респираторной терапии в режиме DUOPAP.

**Результаты.** Сформированы предикторы эффективной респираторной терапии в режиме DUOPAP у новорожденных детей с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде: стабильный кардиореспираторный статус, наличие регулярных попыток спонтанного дыхания и ВЖК не более 1-й степени с одной или с двух сторон без динамики прогрессирования. Масса тела при рождении  $< 750$  г и срок гестации  $< 26$  нед в сочетании с лактатемией  $> 8$  ммоль/л — основные лимитирующие факторы стартового проведения DUOPAP в первые часы и сутки жизни. Тяжелое клиническое течение врожденной пневмонии (ЛИИ  $> 5,6$ ) и/или прогрессирование ВЖК 3-й степени — ведущие факторы риска пролонгированного проведения DUOPAP. В 35% случаев — респираторная терапия в режиме DUOPAP через назальные канюли — эффективное промежуточное звено для формирования достаточного «респираторного драйва» в процессе отлучения от ИВЛ. У 10% пациентов проведение DUOPAP прекращено в связи с повышением вероятности развития осложнений компартмент-синдрома на фоне прогрессирования некротического энтероколита.

**Заключение.** Наличие спонтанного дыхания с герметичной фиксацией канюль, постоянный мониторинг жизненных функций со строгим контролем гемодинамики и мозгового кровотока, возвышенное положение головы и дифференцированный подход — залог профилактики ВЖК, эффективного и безопасного старта и пролонгированного проведения респираторной терапии DUOPAP у детей с ЭНМТ.

**Засим Е. В.**

*Республиканский научно-практический центр детской хирургии, Минск,  
Республика Беларусь*

## **ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ WPW**

**Актуальность** Высокая распространенность пароксизмальной тахикардии и в частности синдрома WPW у детей, развитие нарушений кровообращения в органах и тканях и сердечной недостаточности, повышенный риск возникновения внезапной смерти указывают на необходимость раннего выявления признаков аритмогенной дисфункции.

**Цель исследования.** Установить морфофункциональные признаки дисфункции миокарда у детей с синдромом WPW.

**Пациенты и методы.** Работа выполнена среди детей, имеющих синдром WPW (130 детей), феномен WPW (48 детей) и детей без признаков синдрома/феномена (контрольная группа — 38 детей). Наличие данного синдрома у ребенка подтверждалось наличием приступа пароксизмальной тахикардии, зарегистрированного традиционной ЭКГ (у 15,7% детей), либо при проведении холтер-ЭКГ (зарегистрирован у 6,5%) У остальных детей пароксизмальная тахикардия провоцировалась проведением чреспищеводного электрофизиологического исследования. С целью поиска морфофункциональных признаков аритмогенной дисфункции всем 216 детям проводилась традиционная эхокардиография.

**Результаты.** Полученные данные демонстрируют отсутствие достоверных отличий в изученных показателях у детей с феноменом WPW по сравнению со здоровыми сверстниками. У детей, имеющих синдром WPW, установлено увеличение толщины межжелудочковой перегородки в обе фазы сердечного цикла, но более выраженное в фазу диастолы ( $p < 0,001$ ), чем в систолу ( $p = 0,005$ ). Также отмечено и утолщение задней стенки левого желудочка, но только в фазу диастолы ( $p = 0,003$ ). Об изменении диастолической функции миокарда левого желудочка косвенно подтверждает и увеличение относительной толщины обеих стенок левого желудочка ( $p < 0,001$ ). Следует отметить, что дети всех групп не отличались по антропометрическим параметрам, значениям площади поверхности тела, поэтому увеличение значений индекса конечно-диастолического резерва левого желудочка ( $p = 0,01$ ) также указывает на изменения, происходящие в диастолу у детей с синдромом WPW. В целом такие изменения способствовали увеличению индексированной на площадь поверхности тела массы миокарда левого желудочка в этой группе в 1,4 раза по сравнению с контролем ( $p < 0,001$ ). Установленные изменения диастолической функции носили компенсированный характер.

**Заключение.** Аритмогенная дисфункция миокарда у детей, имеющих синдром WPW, выявляется посредством ультразвукового исследования у 12,2–37,4% обследованных. Она сопровождается изменением диастолической функции левого желудочка, увеличением толщины его стенок в диастолу и имеет компенсаторный характер.

**Засим Е. В., Кадочкин В. О., Гончарик Д. Б.**

<sup>1</sup> Республиканский научно-практический центр детской хирургии, Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

## **КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА WPW В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

**Актуальность.** Изучение клинико-электрофизиологических параллелей с учетом различных типов синдрома WPW в детском возрасте необходимо для выявления новых закономерностей динамики развития данного синдрома, его дальнейшего прогнозирования, выработки схем динамического наблюдения и лечения.

**Цель исследования.** Выявить особенности клинического течения синдрома WPW среди детей в зависимости от локализации дополнительных атриовентрикулярных соединений (ДАВС).

**Пациенты и методы.** Был проведен ретроспективный анализ течения заболевания у 108 детей с синдромом WPW в возрасте 13,6 (12–16) лет. У всех детей имелась документированная клиническая картина пароксизмальной тахикардии, зарегистрированной ранее на ЭКГ и/или атриовентрикулярная реципрокная тахикардия, спровоцированная при проведении чреспищеводного электрофизиологического исследования проводящей системы сердца. В последующем на основании результатов ЭКГ и проведенного эндокардиального картирования во время процедуры радиочастотной абляции определена локализация ДАВС на основании алгоритма M. S. Arruda et al. (1998).

**Результаты.** Наиболее часто у детей ДС, как и у взрослых, локализируются в левой стенке (57%), несколько реже в септальной стенке (31%) и еще реже в правой стенке (12%). Наиболее часто ДС локализируются вблизи митрального клапана, а именно его передней створки, примыкающей к межжелудочковой перегородке. С учетом данной классификации, эта область соответствует переднеперегородочной, передней, переднебоковой и боковой локализации (65,7% всех локализаций ДС). Для леворасположенных ДАВС было характерно позднее начало приступов с преобладанием скрытого и интермиттирующего типа синдрома, характерна большая кратность приступов, низкая эффективность вагусных проб. Праворасположенные ДАВС проявляются, как правило, в более раннем возрасте, чаще на первом году жизни, здесь преобладает манифестирующий тип синдрома. Приступы тахикардии возникают реже, но протекают более длительно, отмечается высокая эффективность вагусных проб при их купировании. Септальное расположение ДАВС отличается более поздним дебютом ПТ, наличием не только манифестирующего, но и скрытого типа синдрома, эффективностью проведения консервативной терапии.

**Заключение.** Полученные результаты указывают на особенности течения синдрома WPW в детском возрасте, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями и формированием сердечно-сосудистой системы, созреванием вегетативных центров и дальнейшим развитием проводящей системы сердца.

**Змановская В. А., Бунькова С. А., Буторина М. Н., Данков Д. М.,  
Харламова Н. Н., Кокорина А. А., Тулякова Л. В.**

*Детский психоневрологический лечебно-реабилитационный центр «Надежда»,  
Тюмень, Российская Федерация*

## **РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ РЕГИСТРАЦИИ И НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (СРUP — ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ)**

**Актуальность.** По разным оценкам, частота возникновения ДЦП в 5–10 раз выше в развивающихся странах, но эпидемиологические данные в этих странах ограничены. Источником таких знаний являются регистры детей с ДЦП, основанные на конкретно поставленных целях сбора информации, четком определении критериев включения.

**Цель исследования.** Изучить эпидемиологические характеристики популяции детей с ДЦП Тюменской области в части клинических проявлений и вторичных ортопедических проблем.

**Пациенты и методы.** На 01.01.2019 года в СРUP — Тюменская область состоит на учете 402 ребенка с ДЦП 2010 года и младше. Дети были классифицированы на спастические, дискинетические, атаксические формы и смешанные формы церебрального паралича.

**Результаты.** Рентгенологические обследования тазобедренных суставов прошли 402 наблюдаемых в регистре детей с ДЦП. Большинство детей с ДЦП в регистре прошли первое рентгенологическое обследование до 2 лет (253 ребенка, 63%). Средний возраст первичного рентгенологического обследования детей с ДЦП в регистре составил 1 г 10 мес ± 5 мес. При первичном рентгенологическом обследовании большинство детей (302 ребенка, 75%) имели показатель индекса Реймерса менее 33%. У 32 детей (8%) был отмечен индекс Реймерса 40% и более при среднем возрасте его первичного обнаружения у детей в 3 г 2 мес ± 3 мес. На 01.01.2019 года в регистре числится 36 детей с ДЦП с индексом Реймерса 40% и более, что составляет 9% от общего числа детей в регистре. В группе детей GMFCS I–II нет детей с ДЦП с индексом Реймерса 40% и более, в группе GMFCS III зарегистрировано 4 ребенка (5%), с GMFCS IV — 12 детей (14%) и с GMFCS V — 20 детей (19%). При сравнении этого показателя у детей с ДЦП до и после вступления в Программу этот показатель снизился с 43 до 9% в целом.

**Заключение.** Регистр детей с ДЦП в Тюменской области может в будущем предоставить популяционную базу данных для улучшения как эпидемиологических исследований, так и эффективности вмешательств у детей с ДЦП. Кроме того, регистр поможет расширить сотрудничество между различными специалистами.

**Ильина А. Я.<sup>1</sup>, Ахалова Е. А.<sup>2</sup>, Мищенко А. Л.<sup>3</sup>, Барина А. С.<sup>4</sup>,  
Рыгалова А. Д.<sup>1</sup>, Соловьева И. В.<sup>5</sup>, Дубовец Н. Ф.<sup>4</sup>, Кашин В. Н.<sup>5</sup>,  
Побединская О. С.<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> Научно-исследовательский отдел клинической гемостазиологии Научно-исследовательского центра ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» (Сеченовский университет), Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> Детская городская клиническая больница имени З. А. Башляевой, Москва, Российская Федерация

<sup>5</sup> Городская клиническая больница № 52, Москва, Российская Федерация

<sup>6</sup> Клиника акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» (Сеченовский университет), Москва, Российская Федерация

## **НЕОНАТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОАГУЛОГРАММЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ФАКТОРАМИ ТРОМБОТИЧЕСКОГО РИСКА**

**Актуальность.** Нарушения гемостаза в системе женщина–плод–новорожденный–причина развития акушерской патологии у 75%. При этом только индивидуальная оценка показателей гемостаза у детей от женщин с наследственной тромбофилией является основанием для назначения адекватной терапии с целью профилактики тромбозов у детей.

**Цель исследования.** Оценка основных показателей коагулограммы у новорожденных детей, реализовавших тромбоз на фоне врожденных факторов тромботического риска (ВФТР).

**Пациенты и методы.** Новорожденные дети, с реализованным неонатальным тромбозом на фоне ВФТР (n = 33), определяемых методом ПЦР.

**Результаты.** Значимо изменяемыми показателями рутинно выполняемой коагулограммы у данных детей были АТIII, фибриноген, протромбин, а также показатель уровня тромбоцитов в клиническом анализе крови. Наиболее часто у новорожденных детей, реализовавших неонатальный тромбоз на фоне ВФТР были выявлены снижение АТIII и снижение тромбоцитов (40,9%); снижение АТIII и снижение фибриногена (36,4%), а также изолированное снижение АТIII (22,7%). Среди наиболее частых полиморфизмов генов системы свертывания крови и генов ферментов фолатного цикла у детей, реализовавших тромбоз, были PAI-I гомозиготный (81,8%), MTHFR гетерозиготный (63,6%), MTRR гетерозиготный (54,5%) и гомозиготный (33,3%), FGB гетерозиготный (50%), MTR гетерозиготный (45,5%) и гетерозиготные варианты F XII, F XIII и GPIIa (по 27,3%). Единственным реализованным тромбозом у данных детей был тромбоз левой долевой ветви воротной вены печени. Тяжесть состояния детей, реализовавших тромбоз, определялась диагностикой гипоксически-ишемического поражения ЦНС в виде церебральной депрессии (100%) и интегрированной внутриутробной инфекцией в виде врожденной пневмонии (100%).

**Заключение.** Таким образом, снижение показателя АТIII в сочетании со снижением фибриногена и тромбоцитов объясняют развитие коагулопатии потребления. Данное обстоятельство вызывает необходимость проведение ТЭГ с целью оценки функциональной активности тромбоцитов и назначения адекватной анти-тромботической терапии.

**Казанцева А. В., Ануфриева Е. В.**

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург,  
Российская Федерация*

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ КОЛЛЕДЖЕЙ**

**Актуальность.** Сегодня формирование здорового образа жизни детей и подростков стало официальной обязанностью каждой образовательной организации. Более половины студентов колледжей Свердловской области обучается по техническим специальностям и подвержены производственным факторам риска.

**Цель исследования.** Определить подходы к улучшению качества медицинской помощи обучающимся в организациях среднего профессионального образования (ОСПО) по данным аудита.

**Пациенты и методы.** Проведена оценка качества медицинской помощи обучающимся в 5 ОСПО технического профиля г. Екатеринбург и Свердловской области с использованием подходов ЕвроВОЗ: использован «Протокол оценки качества медицинской помощи обучающимся», утвержденный Российским обществом школьной и университетской медицины.

**Результаты.** В регионе действующая нормативно-правовая база недостаточно обеспечивает право несовершеннолетних учащихся ОСПО на получение доступной медицинской помощи. Студенты-подростки оказываются неохваченными профилактическими программами, проводимыми для сверстников в школах. Все медицинские кабинеты в ОСПО пролицензированы образовательной организацией и не всегда реализуется взаимодействие медицинского работника колледжа с детской поликлиникой. Проблема организации и проведения профосмотров студентов особенно актуальна в г. Екатеринбург, где в одном колледже обучаются подростки, прикрепленные к разным поликлиникам города или приезжие из других регионов. В связи с этим недостаточно полно проводятся профилактические осмотры, не анализируются показатели патологической пораженности, недостаточно проводится санитарно-просветительская работа в ОСПО, хотя именно этот контингент подростков наиболее подвержен факторам риска для здоровья. Медработники в ОСПО активно взаимодействуют с администрацией и педагогами, но не происходит контроля над их деятельностью со стороны медицинских организаций, что влечет за собой отсутствие компетентной оценки качества медпомощи, оказываемой учащимся.

**Заключение.** Результаты аудита качества медицинской помощи обучающимся в ОСПО свидетельствуют о наличии проблем, определяющих недостаточное качество медицинской помощи подросткам и проведение профилактических осмотров. Необходимо стандартизировать и внедрить оценки работы медицинского персонала.



**Казанцева А. В., Ануфриева Е. В.**

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург,  
Российская Федерация*

## **ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** В процессе депопуляции российского населения изменениям подверглась его возрастная структура, так численность подростков сократилась на 50% за 20 лет (Росстат, 2017). Отмечается рост распространенности социально обусловленных заболеваний, проблемы психического и репродуктивного здоровья.

**Цель исследования.** Оценка динамики показателей здоровья подростков в Свердловской области (СО).

**Пациенты и методы.** Проведен сравнительный анализ показателей здоровья детей и подростков СО за период 2014–2018 гг. Используются данные официальной статистики с использованием базы Росстата и данных Министерства здравоохранения Свердловской области.

**Результаты.** Сохраняется тенденция ухудшения состояния здоровья подростков. В 2018 году показатель общей заболеваемости составил 1914,6 случаев на 1000 соотв. населения (рост на 2,5% за 5 лет). Общая заболеваемость детей в возрасте до 14 лет за последние 5 лет не имеет достоверно значимых изменений и находится на уровне 2136,9 случая на 1000 соотв. населения. Показатель первичной заболеваемости у подростков в 2018 г. — 1185,3 (рост на 2,6%), а у детей в возрасте до 14 лет составил за 2018 г. 1719,4 случаев на 1000 соотв. населения. В структуре заболеваемости подростков традиционно преобладают классы болезни органов дыхания, травмы и болезни глаза. У подростков 15–17 лет по сравнению с детьми 0–14 лет выше заболеваемость по всем классам заболеваний кроме болезней органов дыхания и инфекционных заболеваний. Средний уровень патологической пораженности подростков в СО 2015–2018 гг. составил 1268,7 на 1000 осмотренных. Уровень патологической пораженности среди студентов колледжей — 919,7 на 1000 осмотренных (на 27,5% ниже, чем у школьников), что свидетельствует о недовыявлении заболеваний. В структуре патологической пораженности преобладают школьнообусловленные заболевания.

**Заключение.** Неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья приводят к ограничениям в получении профессии и снижению репродуктивного потенциала нации. Необходимо обеспечить реализацию права на доступную и качественную медицинскую помощь при межведомственном участии органов здравоохранения и образования.



Калистратов И.<sup>1</sup>, Стасий Е.<sup>1</sup>, Горелко Т.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Государственный университет медицины и фармакологии  
им. Николая Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова

<sup>2</sup> Институт матери и ребенка, Кишинев, Республика Молдова

## ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

**Актуальность.** Как и другие хронические заболевания, атопический дерматит (АД) отрицательно влияет на качество жизни в семье, в коллективе детей и особенно в школе. Распространенность АД среди детей около колеблется от 20 до 30%, что определяет актуальность изучения данной проблемы.

**Цель исследования.** Определить влияние атопического дерматита на качество жизни ребенка и их родителей и выявить основные пути преодоления проблем.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 36 детей и их родители. Для оценки влияния атопического дерматита на жизнь больного ребенка был использован апробированный вопросник по качеству жизни для детей страдающие дерматологическими заболеваниями и адаптированный для пациентов с атопическим дерматитом (ВКЖ-АтД). Анкета включает 10 вопросов, ответы на которые оценивались по 3-балльной системе, от 0 до 3 (отсутствие, незначительное, значительное, очень сильное влияние). Тяжесть клинического течения АД определялось по шкале SCORAD. Статистическая обработка проводилась при помощи пакета программ Statistica for Windows 6.0 (StatSoft, США).

**Результаты.** Возраст детей с 6 до 18 лет, средний возраст  $10,4 \pm 3,8$  года, включая 56% мальчики и 44% девочек. Среднее значение индекса КЖ АтД составлял  $24,6 \pm 5,6$  и SCORAD  $26 \pm 16,4$ . При оценке степени влияния АтД на качество жизни детей были получены следующие результаты: заболевание «очень сильно» влияет на качество жизни —  $9,2 \pm 3,5\%$ , «значительно» влияет —  $58,7 \pm 6,2\%$ , «незначительно» влияет —  $24,6 \pm 5,2\%$ , «не влияет» —  $7,3 \pm 4,1\%$ . В периоде ремиссии заболевания их значение улучшались и среднее значение степени КЖ-АтД составлял  $12,8 \pm 4,3$  при значении индекса SCORAD в  $12,2 \pm 3,4$  баллов. Коэффициент корреляции между значениями индекса КЖ АтД и SCORAD указывал на значительное влияние тяжести заболевания на уровень качества жизни ( $p < 0,001$ ). Установлена зависимость индекса КЖ АтД от продолжительности болезни, от валентности сенсibilизации и типа аллергии.

**Заключение.** АД значительно ухудшает качество жизни детей и их семей. Обучение и оказание психологической поддержки для пациентов АтД и их семей в дополнении к лекарственной терапии позволять улучшить результаты лечения.

**Камилова А. Т.<sup>1</sup>, Геллер С. И.<sup>2</sup>, Умарназарова З. Е.<sup>2</sup>, Абдуллаева Д. А.<sup>2</sup>, Султанходжаева Д. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан

<sup>2</sup> Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Республика Узбекистан

## **ЗНАЧЕНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ СИНДРОМЕ МАЛЬАБСОРБЦИИ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Ключевую роль в развитии воспалительного ответа играют ФНО- $\alpha$  и ИЛ-1. Высокая концентрация цитокинов в сыворотке крови свидетельствует о выраженности активности воспаления, их роль при различных вариантах синдрома мальабсорбции остается до конца неизвестной.

**Цель исследования.** Определить уровни ФНО- $\alpha$  и ИЛ-1 $\beta$  в сыворотке крови при различных вариантах синдрома мальабсорбции у детей.

**Пациенты и методы.** Нами было обследовано 117 детей в возрасте от 2 мес до 6 лет с синдромом мальабсорбции. Из них дети с целиакией составили 51, смешанной формой муковисцидоза — 37, аллергическим энтероколитом — 29. Общеклиническое обследование пациентов включало в себя сбор анамнеза, объективный осмотр, инструментально-лабораторные методы исследования. Определение ФНО- $\alpha$  и ИЛ-1 $\beta$  проводилось в сыворотке крови набором реагентов производства фирмы Вектор Бест.

**Результаты.** Результаты измерения активности ФНО- $\alpha$  продемонстрировали повышение его значений у пациентов с муковисцидозом, которые составили  $6,9 \pm 2,3$  пг/мл при норме  $4,3 \pm 0,7$  пг/мл ( $p < 0,05$ ). В группе пациентов с целиакией и аллергическим энтероколитом значения приближались к показателям здоровых детей, составив  $1,8 \pm 0,8$  пг/мл,  $4,2 \pm 0,7$  пг/мл и  $4,28 \pm 0,67$  пг/мл соответственно. Достоверное увеличение ИЛ-1 $\beta$  присутствовало во всех группах наблюдаемых больных, при этом самые высокие значения констатированы у пациентов с муковисцидозом ( $10,4 \pm 3,9$  пг/мл), превышающие значения контрольной группы в 5 раз ( $2,05 \pm 0,03$  пг/мл). У пациентов с целиакией ( $4,9 \pm 1,1$  пг/мл) и аллергическим энтероколитом ( $4,7 \pm 1,0$  пг/мл), что было больше показателей контроля практически в 2 раза ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Таким образом, наиболее высокие значения провоспалительных цитокинов установлены у детей с муковисцидозом, у детей с целиакией и аллергическим энтероколитом отмечено повышение ИЛ-1 $\beta$  при нормальных значениях ФНО- $\alpha$ .

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

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

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Муковисцидоз (МВ) является одним из наиболее распространенных наследственных заболеваний с аутосомно-рецессивным типом наследования, полиорганной манифестацией, тяжелым течением и высокой летальностью.

**Цель исследования.** Выявить клинико-лабораторные особенности поражений органов пищеварения при смешанной форме МВ у детей раннего возраста.

**Пациенты и методы.** Обследовано было 37 детей со смешанной формой МВ, в возрасте от 2 мес до 3 лет. Средний возраст установления диагноза составил  $27,2 \pm 5,8$  месяцев. Мальчиков было — 21 (56,7%), девочек — 16 (43,2%). Диагноз устанавливали на основании увеличения хлоридов пота по Куку (более 60 мэкв/л) и генетических исследований.

**Результаты.** Увеличение печени наблюдалось в каждом пятом случае, а повышение АСТ констатировано у 63,2% детей ( $65 \pm 5,3$  Ед/л). Холестаз характеризовался увеличением в сыворотке крови конъюгированной фракции билирубина, что было зафиксировано у 40,0% больных с муковисцидозом. Увеличение печени при ультразвуковом исследовании более чем на 3 см выявлено у каждого пятого ребенка (21,1%). Характерные для стеатоза диффузное повышение эхогенности, «зернистость» паренхимы встречались у 50% детей с муковисцидозом. Частой патологией желчевыводящей системы являются аномалия развития желчного пузыря и дискинетические расстройства. Наличие осадка (сладжа) и утолщение стенок желчного пузыря было обнаружено у 42,1% детей.

**Заключение.** Для детей раннего возраста со смешанной формой МВ характерны раннее вовлечение поражения гепатобилиарной системы (повышение АСТ, диффузное повышение эхогенности печени и билиарный сладж), что диктует необходимость раннего проведения корректирующей терапии.

**Каплиева О. В., Гороховский В. С., Карев А. С., Коваль С. С.**

*Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск,  
Российская Федерация*

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ К ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ГОРОДА ХАБАРОВСКА**

**Актуальность.** Для рационального использования ресурсов здравоохранения необходимо планирование своевременного и качественного оказания скорой медицинской помощи (СМП), в том числе детскому населению.

**Цель исследования.** Анализ структуры вызовов СМП к детскому населению г. Хабаровска за 2016–2018 гг.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ 219 тыс. статистических форм отраслевой отчетности «Учетная форма № 110/у» и классов заболеваний в структуре вызовов к детскому населению согласно Международной классификации болезней (МКБ-10). Полученные данные обрабатывались программным пакетом Microsoft Excel.

**Результаты.** В структуре заболеваний при обслуживании СМП у детей наиболее часто встречались: болезни органов пищеварения (Класс XI: K00–K93) 8,9%, травмы и отравления (Класс XIX: S00–T98) 12,5%, инфекционные и паразитарные болезни (Класс I: A00–B99) 13,8%, вызовы СМП при болезнях органов дыхания занимали первое место и составили 56%, из них в 74% случаях бригады СМП выезжали по поводу Острых инфекций дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J06). В 10,2% выезды осуществлялись по поводу острого тонзиллита, в 4,1% при остром фарингите, а при остром бронхите в 3,2% случаях. При анализе вызовов СМП в классе «Заболевания респираторного тракта» (J00–J99) по возрастам наиболее часто (35%) выезды осуществлялись к детям раннего возраста (от 1 до 3 лет), в 32% случаях бригады СМП выезжали к детям дошкольного возраста (от 3 до 7 лет) и в 20% к детям младшего школьного возраста (от 7 до 12 лет).

**Заключение.** В 2018 г. в сравнении с 2016 отмечался рост числа выездов СМП к детям с заболеваниями органов дыхания во всех группах нозологий, с увеличением в 2,08 раза выездов к детям раннего возраста. Эти данные следует учитывать с целью качественного обслуживания детских вызовов и формирования бригад СМП.

Кильдиярова Р. Р.<sup>1,2</sup>, Цверева А. Г.<sup>1,2</sup>, Бурмус Т. В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Российская Федерация

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ В 3 МЕСЯЦА ЖИЗНИ

**Актуальность.** Нарушение толерантности к пище, и как следствие появление различных патологических состояний, в последние годы становится все более актуальной проблемой современной педиатрии. Тяжесть и прогноз заболеваний, связанных с аллергией, зависят от ранней диагностики, которая имеет свои сложности.

**Цель исследования.** Представить клинический пример сложностей диагностики и ведения гастроинтестинальной пищевой аллергии у конкретного ребенка 3 мес.

**Пациенты и методы.** Девочка переведена из инфекционного отделения после исключения острой кишечной инфекции в соматическое 23 отделение Морозовской детской клиники ввиду наличия в стуле крови и слизи. В анамнезе — патология перинатального периода, а также перевод в течение последнего месяца с грудного кормления на искусственное вскармливание. Ребенку проведены следующие лабораторные исследования: клинический анализ крови и мочи, содержания общего белка и его фракций, антител IgG к *Herpes simplex virus 2*, Ig класса E (IgE), витамина B<sub>12</sub> и B<sub>9</sub>, микроскопия осадка мочи. Под наркозом выполнена ректосигмоидоскопия с взятием биопсии из сигмовидной и прямой кишок.

**Результаты.** Наличие крови и слизи в стуле, энтеропатия с потерей белка, анемия и гипоальбуминемия при нормальном уровне IgE, колит и гиперплазия мезентериальных лимфатических узлов, что наблюдалось у данного пациента за время его жизни в 3 мес, предполагается диагноз гастроинтестинальной формы пищевой непереносимости с сопутствующими заболеваниями: эрозивно-геморрагический проктосигмоидит, постгеморрагическая анемия 2-й степени тяжести, гипоглобулинемия. Анализ биоптата слизистой оболочки кишок с обнаруженной слабовыраженной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией с примесью эозинофильных гранулоцитов и признаками эпителиотропизма, а также отек и неравномерное распределение крипт явился основой диагностики и дальнейшего ведения ребенка в условиях стационара, приведшего к значительному улучшению состояния ребенка, и соответствующим рекомендациям в условиях поликлиники.

**Заключение.** Помимо клинической симптоматики патологии, индуцированной белками коровьего молока молочной смеси (слизь и кровь в стуле, анемия, гипоальбуминемия, нормальный уровень IgE), основой для постановки диагноза гастроинтестинальной пищевой аллергии и дальнейшего ведения послужила биопсия слизистой кишки.

**Ким А. В., Орел В. И.**

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

## **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

**Актуальность.** Одной из целей национального проекта «Здравоохранение» является оптимизация деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Для успешной реализации проекта необходим поиск организационных технологий, позволяющих решить основные проблемы работы детских поликлиник.

**Цель исследования.** Выявить основные проблемы доступной и качественной первичной медико-санитарной помощи детям и разработать комплекс организационных мер по их решению.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось в Санкт-Петербурге, крупном промышленном городе. Анализировались основные показатели состояния здоровья детского населения в динамике. Кроме этого анализировались данные по укомплектованности и обеспеченности детского населения медицинским персоналом, хронометража деятельности врачей детских поликлиник, показатели охвата детей основными профилактическими мероприятиями (профилактическими осмотрами, вакцинацией), а также динамическим диспансерным наблюдением с оценкой его эффективности, ряд других показателей. В ходе исследования был разработан комплекс мер, направленных на оптимизацию работы детских поликлиник.

**Результаты.** В ходе исследования были получены данные указывающие на разнонаправленную динамику показателей заболеваемости детского населения. Среди детей 0–14 лет в период с 2008 по 2018 гг. уровень первичной заболеваемости увеличился на 6,0%, общей — на 5,4%, среди 15–17 летних показатель общей заболеваемости снизился на 8,4%. Уровень обеспеченности врачами педиатрами участковыми составил 11,2 на 10 тыс., укомплектованность педиатрами — 89,0%, в отделениях медицинской помощи детям в образовательных организациях — 67,4%. В структуре посещений врача педиатра участкового доля посещений с профилактической целью не превышает 23,4%. Охват профилактическими осмотрами детей разных возрастных групп составляет 76,4–98,3%, однако при использовании нормативных значений временных затрат по ряду врачебных специальностей охват не может превышать 73,5% от потребности. Объемы профилактических мероприятий в образовательных организациях составляют 67,4–86,3% и имеют прямую связь с уровнем укомплектованности медицинским персоналом. Эффективность динамического диспансерного наблюдения составляет 8,6–15,3%, однако, охват таким наблюдением составляет 86,4% детей 3–5-й групп здоровья и 45,3% детей 2-й группы.

**Заключение.** Ключевыми проблемами в системе первичной медико-санитарной помощи детям являются кадровый дефицит в отделениях медицинской помощи детям в образовательных организациях, а также несоответствие имеющихся ресурсов здравоохранения требуемым объемным и качественным характеристикам медицинской помощи детям.

**Козаренко В. Г., Зинатулина Т. Н.**

*Нефтеюганская окружная клиническая больница им. В. И. Яцкив, Нефтеюганск,  
Российская Федерация*

## **СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ИЗОЛИРОВАННОГО ГИПОАЛЬДОСТЕРОНИЗМА У МЛАДЕНЦА**

**Актуальность.** Гипоальдостеронизм (ГА) — один из наименее изученных вопросов клинической эндокринологии. Изолированный ГА носит врожденный характер, проявляясь у грудных детей клинической картиной синдрома потери соли.

**Цель исследования.** Описание клинического случая редкого эндокринологического заболевания у младенца.

**Пациенты и методы.** Мальчик Н., 11.02.2019 г.р., поступил в стационар БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница им. В. И. Яцкив» 15.03.2019 г. в возрасте 34 дней с жалобами на отсутствие прибавки в весе, обильные срыгивания с 3-й нед жизни. Анамнез жизни: ребенок от срочных родов. Масса тела при рождении 3190 г, длина 52 см. Апгар 8/8 баллов. Период адаптации протекал без особенностей, привит. Выписан домой на 3-и сут. Скрининг «5 нозологий» — норма. Объективно: рост 52 см, вес 2900 г, ИМТ 10,7 кг/м<sup>2</sup>, ЧД 42 в мин, ЧСС 142 в мин, SpO<sub>2</sub> 99%, АД 85/50 мм рт. ст. Состояние средней тяжести. Срыгивает фонтаном. ПЖК истончен. Мраморность кожи диффузная, тургор тканей снижен.

**Результаты.** В первые сутки с момента поступления учитывая клинические проявления, данные лабораторных исследований (гиперкалиемия, гипонатриемия, гипохлоремия), анамнеза заподозрена ВДКН. Проведен забор анализов для подтверждения этого диагноза. Начата гормональная терапия гидрокортизоном. Данные за ВДКН не подтверждены: АКТГ — 10,3 пг/мл (7,0–63,0); 17ОН прогестерон — 2,21 нмоль/л (0,6–9,86); кортизол — 6,1 мкг/дл (2–11); тестостерон — 1,0 нг/мл. В связи с сохраняющимися электролитными нарушениями, зависимостью от введения электролитов, заподозрен врожденный изолированный дефицит альдостерона. Проведение дополнительного гормонального обследования: Альдостерон 49,1 пг/мл (70–990); ренин > 500 мкМЕд/мл (2,8–46,1) подтвердил диагноз: E27.4 Изолированный врожденный гипоальдостеронизм. Мальчик переведен с терапии гидрокортизоном на минералокортикоидный препарат в режиме ЗГТ. Достигнута положительная динамика. Купированы срыгивания, электролитные нарушения, отмечена стабильная прибавка в весе. С 11.04.2019 г. выписан на амбулаторное лечение. Наблюдается педиатром, детским эндокринологом. Находится на постоянной минералокортикоидной терапии. В физическом развитии не отстает.

**Заключение.** При наблюдении за детьми с клинической картиной синдрома потери соли, при исключении наиболее частой причины данного состояния у младенцев, необходимо проводить дополнительную диагностику на исключение врожденного изолированного гипоальдостеронизма.



**Козловский А. А., Козловский А. А. (мл.), Козловская Е. О.**

*Гомельский государственный медицинский университет, Гомель,  
Республика Беларусь*

## **ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Усиление антропогенного воздействия на окружающую среду, ухудшение репродуктивного здоровья женщин, увеличение количества инфекций, прием беременными различных препаратов, влияющих на развитие плода, приводят к увеличению частоты врожденных пороков развития.

**Цель исследования.** Определить частоту врожденных аномалий развития почек и мочевыводящих путей у детей, проживающих в Гомельской области.

**Пациенты и методы.** Проанализировано 500 историй развития детей в возрасте от 1 до 17 лет, наблюдающихся в кабинете нефролога поликлинического отделения учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница».

**Результаты.** Среди обследованных детей было 170 мальчиков (34,0%) и 330 девочек (66,0%). Средний возраст пациентов составлял  $8,67 \pm 0,20$  лет (мальчиков —  $7,80 \pm 0,46$  лет, девочек —  $9,06 \pm 0,24$  лет;  $p < 0,015$ ). Установлен высокий удельный вес врожденных аномалий развития почек и мочевыводящих путей у детей — 156 случаев (31,2%). В структуре врожденных пороков развития отмечены: пузырно-мочеточниковый рефлюкс, гипоплазия и дисплазия почек, дистопия почек, удвоение почки, незавершенная ротация почки, нефроптоз и др. Данная патология достоверно чаще встречалась у мальчиков по сравнению с девочками (40,0 и 26,7% соответственно;  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей встречаются у детей Гомельской области с высокой частотой, что требует проведения скрининг-диагностики данной патологии на первом году жизни с целью ее своевременного выявления и коррекции.

**Козловский А. А., Кравцов Н. С., Просолович А. А.**

*Гомельский государственный медицинский университет, Гомель,  
Республика Беларусь*

## **РЕГИОНАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Врожденные пороки развития (ВПР) являются одной из актуальных проблем педиатрии ввиду их высокой распространенности и в Беларуси, и во всем мире, а также существенного вклада в структуру причин детской заболеваемости, инвалидности и младенческой смертности.

**Цель исследования.** Установить общую распространенность ВПР, долю пороков развития органов мочевой системы (ОМС) и оценить их динамику в Гомельской области.

**Пациенты и методы.** Для оценки общей частоты ВПР регистрировались все их формы, выявленные у новорожденных, мертворожденных и умерших детей, а также все случаи прерывания беременности плодами с ВПР по медицинским показаниям за десятилетний период (с 2008 по 2017 г.).

**Результаты.** В 2008 году было зарегистрировано 488 случаев ВПР, из них изолированные аномалии ОМС составили 8,0%. В связи с тяжестью пороков и несовместимостью их с жизнью было прервано 169 беременностей (34,6%), в том числе из-за пороков развития почек и мочевыделительной системы 34,5%. В 2017 г. было установлено 566 случаев ВПР; изолированные аномалии ОМС составили 14,1%. По медицинским показаниям было прервано 170 беременностей (30,0%), из них вследствие пороков развития мочевыделительной системы 11,4%. В структуре изолированных пороков ОМС преобладают пузырно-мочеточниковый рефлюкс, гидронефроз, расширение чашечно-лоханочной системы (пиелюэктазия, каликоэктазия).

**Заключение.** За десятилетний период отмечается рост ВПР в Гомельской области на 16,0%, из них изолированных пороков ОМС — на 205,1%. Эти данные указывают на необходимость изучения факторов, способствующих росту ВПР, особенно пороков мочевой системы, и проведение мер по профилактике развития аномалий.

**Козловский Д. А.**

*Гомельская областная детская клиническая больница, Гомель,  
Республика Беларусь*

## **D-ВИТАМИННЫЙ СТАТУС ДИАДЫ МАТЬ–НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК**

**Актуальность.** Во время беременности женщина должна получать все необходимые питательные вещества, витамины и минералы, недостаток которых может отразиться как на ее здоровье, так и на развитии плода. Дефицит витамина D повышает риск перинатальной патологии, недоношенности, врожденных аномалий и др.

**Цель исследования.** Изучить обеспеченность витамином D диады мать–новорожденный ребенок в Гомельской области (Беларусь).

**Пациенты и методы.** Проведено обследование 28 пар «мать–новорожденный ребенок». Для оценки обеспеченности витамином D определяли уровень 25(OH)D — основного метаболита витамина D, отражающего его статус в организме, — методом конкурентного хемилюминисцентного иммуноанализа (CLIA).

**Результаты.** Среднее значение уровня 25(OH)D у новорожденных детей составило  $12,53 \pm 0,72$  нг/мл. Недостаток витамина D зафиксирован у 2 (7,2%) детей, дефицит — у 16 (57,1%) и тяжелый дефицит — у 10 (35,7%) детей первого месяца жизни. Достаточный уровень витамина D не отмечен ни у одного новорожденного ребенка. Тяжелый дефицит витамина D установлен у 4 (14,3%) женщин, дефицит — у 18 (64,3%), недостаточность — у 5 (17,8%). Только у 1 (3,6%) обследованной констатирована удовлетворительная обеспеченность. Выявлено достоверное различие между средними уровнями 25(OH)D в сыворотках крови новорожденных детей и их матерей ( $12,53 \pm 0,72$  нг/мл и  $16,33 \pm 1,22$  нг/мл соответственно;  $p = 0,001$ ).

**Заключение.** Установлена низкая обеспеченность витамином D диады мать–новорожденный ребенок, что диктует необходимость обязательной сапплементации рациона беременных женщин препаратами витамина D.

**Козловский Д. А., Радченко Н. А., Куц А. Д.**

*Гомельский государственный медицинский университет, Гомель,  
Республика Беларусь*

## **ОЦЕНКА УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МАМ О ЗНАЧЕНИИ ВИТАМИНА D**

**Актуальность.** Известно, что дефицит витамина D вызывает не только рахит и остеопороз, но и рост других заболеваний. Исследования, проведенные в Беларуси, свидетельствуют о том, что даже у детей 1–2 лет, получающих витамин D, его недостаточность определяется в 21,7% случаев, дефицит — в 13,0%, авитаминоз — в 4,4%.

**Цель исследования.** Провести оценку уровня осведомленности современных мам о значении витамина D для ребенка раннего возраста.

**Пациенты и методы.** Проанкетировано 60 матерей, чьи дети в возрасте от одного до трех лет находились на лечении в инфекционном отделении № 1 учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в сентябре–ноябре 2019 г.

**Результаты.** В анкетировании приняли участие женщины в возрасте от 20 до 39 лет (средний возраст —  $28,75 \pm 0,59$  лет), преимущественно проживающие в городе Гомеле и имеющие высшее образование. Пренатальную профилактику рахита проводили 45,0% беременных: они получали витамин D на протяжении 1–2 мес внутрь в дозе 500–1000 МЕ. 33,3% беременных избегали пребывания под открытым солнцем. Постнатальная профилактика рахита (витамин D в дозе 500–1000 МЕ) назначена детям с 0–3 нед в 50,0% случаев. Только 16 детей (26,7%) получали препарат на протяжении одного и более лет. В 90,0% случаев информация о роли и необходимости данного назначения была получена от медицинских работников.

**Заключение.** Низкий процент проведения пре- и постнатальной профилактики рахита у детей, неправильные дозировка и продолжительность приема витамина D свидетельствуют о низком уровне знаний современных мам по исследуемой проблеме и недостаточной профилактической работе медицинских работников амбулаторного звена.

**Козьминых Ю. А., Малиненко З. И., Бибалова Н. Р.**

*Областная детская больница, Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

## **УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СРЫГИВАНИЯ И РВОТЫ**

**Актуальность.** Актуальность своевременной диагностики врожденного гипертрофического пилоростеноза обусловлена ростом данной патологии, а так же высоким процентом осложнений при несвоевременной постановке диагноза.

**Цель исследования.** Изучение моторно-эвакуационной функции желудка и выявление врожденной аномалии развития пилорического отдела желудка.

**Пациенты и методы.** Обследовано 20 пациентов в возрасте от 1 до 3 мес, у которых отмечались жалобы на частые срыгивания и рвоты. Ультразвуковая визуализация проводилась через переднюю брюшную стенку на аппарате Philips Epiq5 линейным датчиком с частотой 12 МГц и конвексным датчиком С2–9. Дети осматривались натощак и на фоне проведения пробы с водной нагрузкой. Оценивались: объем желудка до и после кормления, длина пилорического отдела и толщина его мышечного слоя, время раскрытия привратника и период полувыведения.

**Результаты.** У 7 пациентов было выявлено удлинение пилорического отдела желудка до 20–25 мм, утолщение мышечного слоя до 3–5 мм, что позволило выставить диагноз гипертрофического пилоростеноза. У 5 детей был диагностирован пилороспазм: длина пилорического отдела желудка нормализовалась после проведения пробы водной нагрузкой. У 6 детей был диагностирован гастроэзофагеальный рефлюкс разной степени выраженности. У 2 детей из общего числа наблюдаемых патологии желудка по данным ультразвукового исследования не выявлено.

**Заключение.** Ультразвуковая диагностика позволяет своевременно выявить гипертрофический пилоростеноз, провести дифференциальную диагностику с пилороспазмом и гастроэзофагеальным рефлюксом и является более безопасным методом по сравнению с рентгеноскопией желудка.

**Колоколов А. В.**

*Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, Москва,  
Российская Федерация*

## **ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

**Актуальность.** Безопасность здоровья детского населения является основополагающим принципом медицинской помощи. Любое медицинское вмешательство связано с определенным риском развития нежелательных последствий (осложнений) для детей.

**Цель исследования.** Выявление системных нарушений качества проведение медицинских профилактических осмотров и диспансеризации несовершеннолетних.

**Пациенты и методы.** Методологическая основа исследования включает в себя применение методов диалектического, исторического, комплексного, системно-структурного анализа, а также такие общенаучные методы, как логический анализ, синтез, обобщение, сравнительный анализ.

**Результаты.** Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация не проводятся в объеме, предусмотренном перечнем исследований при проведении медицинских осмотров несовершеннолетних. Детям неправильно выставляются группы здоровья. Ненадлежащим образом ведется медицинская документация.

**Заключение.** Анализ и прогноз сложившейся ситуации по ухудшению состояния здоровья населения приводит к необходимости выработки методологических подходов к сохранению здоровья и формированию ценностных ориентиров на здоровый образ жизни. Принять комплексные меры по сохранению и укреплению здоровья детей.

**Комиссаров Е. Е.**

*Челябинская областная детская клиническая больница, Челябинск,  
Российская Федерация*

## **РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕЙ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРСОНАЛА ПРИ ВНЕДРЕНИИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА РОСЗДРАВНАДЗОРА «КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ» В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

**Актуальность.** При подготовке к внедрению СМК Росздравнадзора «Качество и безопасность медицинской деятельности» наличие системы управления персоналом и организация оценки деятельности персонала являются обязательными. Регулярную оценку деятельности персонала необходимо проводить по компетенциям.

**Цель исследования.** Разработать и апробировать систему внутренней оценки деятельности персонала для соответствия требованиям Росздравнадзора и получения сертификата.

**Пациенты и методы.** Разработана анкета удовлетворенности персонала. 304 респондента (27% от общего числа сотрудников) разделены на группы и категории. Сформирована методика и формы оценки: результативности, компетенций, индивидуальный план развития. Для медицинского персонала профессиональные компетенции разработаны на основе проф. стандартов. Корпоративные компетенции разработаны с учетом целей медицинской организации. Сформирована пилотная группа: 4 клинических отделения. После проведения оценки руководитель сделал заключение о результативности подчиненного, развития его компетенций, соответствии стандартам организации и формировал индивидуальный план.

**Результаты.** 1. Субъективизм руководителей при работе с подчиненными отметили 40% опрошенных, что говорит о потребности работников в объективной оценке. 2. Потребность во внутреннем обучении и развитии высказали 85% опрошенных, что требует внедрения корпоративного обучения и развития персонала с учетом данных внутренней оценки деятельности. 3. Не согласны со стилем и методами управления руководителей 35% опрошенных, что показывает потребность в обучении руководителей методам и стилям управления. По результатам апробации: 1. Все участники пилотной группы назвали новую методику оценки персонала по сравнению с действующей более объективной, более информативной и более удобной в использовании, так как она выражена в понятных терминах и в цифрах, что снижает субъективизм оценивающего. 2. Руководители оценили влияние внутренней оценки персонала на эффективность управления подчиненными: коммуникация в формате: «руководитель–подчиненный» стала более прозрачной и понятной, стало проще и понятнее ставить цели и затем контролировать их исполнение. 3. Руководители и подчиненные получили более четкое и структурное представление о компетенциях оцениваемых, возможности и направления развития.

**Заключение.** Разработана и апробирована система оценки персонала. Внедрена СМК Росздравнадзора «Качество и безопасность медицинской деятельности». Оценка персонала — эффективный инструмент управления. Метод не является сложным, затратным, трудоемким, рекомендован для использования в медицинской организации.



**Кондратьева Р. В.**

*Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков  
им. Г. Е. Сухаревой, Москва, Российская Федерация*

## **НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**Актуальность.** Среди симптомов детского аутизма особое внимание клиницистов вызывают нарушения пищевого поведения, так как данные проявления существенно утяжеляют состояние ребенка. Нарушения питания являются относительно частым симптомом, который встречается у 70% детей с расстройствами аутистического спектра.

**Цель исследования.** Изучить особенности нарушений питания у детей с расстройствами аутистического спектра.

**Пациенты и методы.** Обследовано 114 детей от 3 до 6 лет включительно, имеющие те или иные проблемы пищевого поведения. Использовался клинико-психопатологический метод.

**Результаты.** У детей с аутизмом значительно чаще, чем при других отклонениях психического развития встречались тяжелые нарушения пищевого поведения со значительным сужением ассортимента употребляемых продуктов и почти полным отказом от еды.

**Заключение.** 1. У детей с расстройствами аутистического спектра чаще встречаются тяжелые нарушения пищевого поведения, которые могут угрожать здоровью ребенка. 2. Пищевые нарушения у детей с аутизмом имеют ряд особенностей, отличающих их от аналогичных состояний при других психопатологических расстройствах.

**Королева М. А., Грицай М. И.**

Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва,  
Российская Федерация

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНИНГИТА, ВЫЗВАННОГО ГЕМОФИЛЬНОЙ ПАЛОЧКОЙ**

**Актуальность.** Менингит и сепсис — самые значимые инвазивные формы гемофильной инфекции. Возбудитель гемофильной инфекции — *Haemophilus influenzae*. С 2011 г. в национальный календарь профилактических прививок Российской Федерации введена вакцинопрофилактика против гемофильной инфекции среди контингентов риска.

**Цель исследования.** Выявление эпидемиологических особенностей менингита, вызванного гемофильной палочкой, в Российской Федерации.

**Пациенты и методы.** На базе Российского Референс-центра по мониторингу за бактериальными менингитами ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора с 2002 г. налажена углубленная персонифицированная система учета случаев гнойных бактериальных менингитов, включающих генерализованные формы менингококковой инфекции и гнойные бактериальные менингиты (ГБМ) не менингококковой этиологии. В 2018 г. на основании данных со всех 85 территориальных образований Российской Федерации из 1427 случаев ГБМ не менингококковой этиологии 138 были вызваны *H. influenzae*.

**Результаты.** Показатель заболеваемости менингитом, вызванным гемофильной палочкой, в Российской Федерации в 2018 г. составил 0,09 на 100 тыс. населения. За период 2010–2018 гг. заболеваемость не имеет тенденции к снижению или росту. Наибольший вклад в заболеваемость внесли Северо-Кавказский федеральный округ (0,13 на 100 тыс. нас.), Уральский (0,12 на 100 тыс. нас.), Центральный (0,12 на 100 тыс. нас.) и Северо-Западный (0,11 на 100 тыс. нас.). Подавляющее большинство случаев пришлось на детей до 5 лет, показатель заболеваемости которых был самым высоким и составил 1,26 на 100 тыс. нас. (118 случаев), превысив общий показатель в 14 раз. Наибольшее число случаев в возрастной группе детей до 5 лет пришлось на детей в возрасте до 1 года (38 случаев). Выявление случаев происходило на протяжении всего года, с преимуществом в осенний период времени (40% случаев). Чаще болели неорганизованные дети, т. е. не посещающих детские дошкольные учреждения детей (61%). Показатель летальности от менингита, вызванного *H. influenzae*, составил 9% (12 случаев из 138 закончились летально). Показатель летальности у детей до 5 лет определен на уровне 10% (12 летальных случаев из 118).

**Заключение.** Заболеваемость менингитом, вызванным *H. influenzae*, в Российской Федерации не имеет тенденции к снижению или росту. Актуальным представляется пересмотр тактики иммунизации против гемофильной инфекции с предусмотрением иммунизации всех детей первых лет жизни.

**Корсунова Т. Ф., Козаренко В. Г.**

*Нефтеюганская окружная клиническая больница им. В. И. Яцкив, Нефтеюганск, ХМАО-Югра, Российская Федерация*

## **МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

**Актуальность.** Достижения современной перинатологии позволили создать слаженную систему выхаживания детей, рожденных с экстремально низкой массой тела, в условиях Перинатальных Центров. Вместе с тем остается актуальным вопрос дальнейшего медицинского сопровождения данной группы пациентов в амбулаторных условиях.

**Цель исследования.** Изучение эффективности реабилитации детей с ЭНМТ, рожденных с 2013 по 2016 г., поступивших под наблюдение детской поликлиники.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 13 человек: мальчиков 8 человек (61%); девочек 5 (39%). Все дети перенесли тяжелую пре- и интранатальную гипоксию и асфиксию, находились на ИВЛ после рождения. ВПС — 5 человек (38%); патология слуха — 1 реб. (7,6%). Срок гестации при рождении 23–29 нед. На амбулаторном этапе каждому ребенку разрабатывался индивидуальный план реабилитации с учетом имеющейся патологии. Дети получали комплексное сопровождение, включающее наблюдение, обследование и лечение у врачей специалистов. Последовательные курсы терапии в Дневном стационаре поликлиники, лечение в физиотерапевтическом отделении.

**Результаты.** Структура хронической заболеваемости детей в возрасте 36 нед составила: последствия ПП ЦНС — 8 человек (60,8%); тугоухость III–IV ст — 1 (7,6%); ретинопатия — 1 (7,6%); оперированный ВПС (ОАП) — 1 (7,6%). Ребенку с тугоухостью оформлен статус «ребенок-инвалид» — 7,6%. Распределение по группам здоровья: I — 0 чел.; II — 8 чел. (60,8%); III — 3 чел. (22,8%); IV — 1 чел. (7,6%); V — 1 чел. (7,6%).

**Заключение.** Таким образом, своевременная, комплексная и непрерывная реабилитационная работа дают исключительную возможность минимизировать развитие тяжелой хронической патологии, а в ряде случаев устранить ее даже у детей с крайне отягощенным анамнезом, обеспечивая тем самым полноценное развитие ребенка.

**Кочерова О. Ю., Антышева Е. Н., Долотова Н. В.**

*Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства  
имени В. Н. Городкова, Иваново, Российская Федерация*

## **ФАКТОРЫ РИСКА ЧАСТЫХ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЧЕРЕЗ ГОД ВОСПИТАНИЯ В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ**

**Актуальность.** Разноречивость данных о динамике острой заболеваемости у детей в замещающих семьях (ЗС) обуславливает необходимость поиска новых биологических, социальных и психологических факторов риска частых острых респираторных инфекций у приемных детей.

**Цель исследования.** Выявить факторы риска частых острых респираторных инфекций у детей раннего возраста в первый год воспитания в замещающей семье.

**Пациенты и методы.** Обследовано 100 детей 1–3 лет при передаче и через год воспитания в ЗС: 1 группа — часто болеющие острыми респираторными инфекциями (ОРИ) — 6 и более раз в год, 2 — не болеющие и болеющие эпизодически (менее 6 раз в год), и психологические особенности их приемных матерей. Психологическое обследование приемных матерей проводилось с помощью тестов МИНИ-СМИЛ (А. Я. Варга, В. В. Столина).

**Результаты.** Значимыми факторами риска частых ОРИ у детей через год в ЗС являются сниженная и резко сниженная резистентность при передаче в ЗС (ОР 2,50; 95% ДИ 1,31–4,74), ИДС (D 83) (ОР 2,39; 95% ДИ 1,35–4,23), рождение от вторых и более по счету родов (ОР 2,27; 95% ДИ 1,06–4,88), недостаточное время, проводимое замещающей матерью с ребенком (менее 6 часов в день) (ОР 3,92; 95% ДИ 1,04–4,78), значительная психологическая дистанция с ним (ОР 3,56; 95% ДИ 2,04–6,21), амбициозность (ОР 2,82; 95% ДИ 1,66–4,82), оригинальность (ОР 2,77; 95% ДИ 1,77–4,32), ориентация замещающей матери преимущественно на автономную деятельность (ОР 2,63; 95% ДИ 1,14–6,07), трудности межличностного общения (ОР 2,49; 95% ДИ 1,38–4,49), игнорирование потребностей ребенка (ОР 2,29; 95% ДИ 1,38–3,80), эмоциональная незрелость матери (ОР 2,25; 95% ДИ 1,29–3,94), неполная ЗС (ОР 1,96; 95% ДИ 1,10–3,46).

**Заключение.** Выявленные факторы риска частой острой заболеваемости у детей раннего возраста через год в ЗС диктуют необходимость повышать их резистентность до передачи в семью, осуществлять психологическое сопровождение с учетом неблагоприятных психологических факторов со стороны приемной матери (амбициозность).

**Кошмелева М. В., Самойлова Ю. Г., Кобякова О. С., Бразовский К. С.,  
Толмачев И. В., Филиппова Т. А., Сиволобова Т. В.**

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск,  
Российская Федерация*

## **МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-го ТИПА НА ОСНОВЕ ИНДЕКСОВ ВАРИАбельНОСТИ ГЛИКЕМИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСТАНЦИОННОГО МОНИТОРИНГА**

**Актуальность.** Использование телемедицинских технологий совместно с непрерывным мониторингом и индексами вариабельности гликемии позволяет адекватно оценивать степень компенсации углеводного обмена и обеспечивает персонализированный подход в терапии больного с СД 1-го типа.

**Цель исследования.** Установить клинико-метаболическую эффективность различных моделей амбулаторного наблюдения пациентов с сахарным диабетом 1-го типа.

**Пациенты и методы.** В исследование было включено 120 пациентов с СД 1-го типа, использующих режим интенсифицированной, помповой инсулинотерапии и модель дистанционного наблюдения. Пациенты находились под наблюдением в течение года (12 очных и дистанционных консультаций). Пациенты отправляли данные об уровне гликемии для получения рекомендаций с помощью различных устройств непрерывного мониторинга. Всем пациентам был проведен анализ HbA1c и расчет индексов вариабельности. Для выявления взаимосвязи между индексами вариабельности и уровнем компенсации СД был выбран метод построения нейросетевых моделей. Статистический анализ проводился с помощью программы SPSS 23.0.

**Результаты.** При использовании технологий НМГ и на основе оценки коэффициентов вариабельности, полученных у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа отмечалось достоверное улучшение показателей гликемии к концу исследования. При построении нейросетевых моделей оптимальной оказалась модель на основе многослойного перцептрона с тремя скрытыми слоями и количеством нейронов в каждом слое. Построенная модель показала очень высокое значение коэффициента детерминации  $R^2 = 0,987$ , что свидетельствует о высокой достоверности прогнозирования компенсации. Была разработана модель дистанционного наблюдения пациентов, которую возможно применить в амбулаторном звене, что позволит практикующему врачу-специалисту точно и качественно оценить компенсацию углеводного обмена, и спрогнозировать риски микро- и макрососудистых осложнений индивидуально для каждого пациента.

**Заключение.** Дифференцированная и интегрированная амбулаторная дистанционная модель наблюдения пациентов с сахарным диабетом 1-го типа, основанная на оценке индексов вариабельности гликемии, обеспечивает персонализированный подход в достижении целевых значений компенсации углеводного обмена.

**Кравцова И. С., Абрамова Е. Н., Парфенова Т. М.**

*Специализированный дом ребенка, Архангельск, Российская Федерация*

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ГЕПАТИТУ С, ПОСТУПИВШИХ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДОМ РЕБЕНКА АРХАНГЕЛЬСКА**

**Актуальность.** Проблема ВИЧ-инфекции и гепатита С представляют медико-социальную значимость и актуальность. Особую актуальность приобретают проблемы детей с перинатальным контактом по ВИЧ и гепатиту С, находящихся в трудной жизненной ситуации.

**Цель исследования.** Медико-социальная характеристика детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции и гепатиту С, поступающих в дом ребенка г. Архангельска.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ данных из формы № 112-1/у-00 у 78 детей в возрасте от 0 до 4 лет, поступивших в Специализированный дом ребенка за период с 2013 год по 2019 г. и имеющих при рождении перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции и гепатиту С.

**Результаты.** Доля детей с перинатальным контактом по гепатиту С и ВИЧ при поступлении в СДР ежегодно увеличивается: в 2019 г. в сравнении с 2013 г. количество детей с перинатальным контактом по гепатиту С увеличилось в 7 раз (с 5,7 до 39,4 на 1000); с перинатальным контактом по ВИЧ в 2018 г. в сравнении с 2014 г. увеличилось в 5 раз (с 6,6 до 34,6 на 1000). В 2019 г. у троих детей (14,7 на 1000) был установлен диагноз ВИЧ-инфекции. При анализе социального статуса выявлено, что 50% матерей не наблюдались во время беременности, 51,3% имели никотиновую зависимость, 12,8% страдали алкоголизмом, 15,4% употребляли наркотики. Оформили отказ от ребенка в роддоме 37,2% матерей. 62,8% детей поступили в дом ребенка временно, однако по истечению срока пребывания только 24% детей вернулись в биологическую семью, а 53,8% переданы на воспитание в замещающие семьи (опека). Показатели здоровья у детей исследуемой группы характеризовались сочетанной патологией: 34,6% были недоношенными, 24,3% родились с НМТ, ОНМТ, ЭНМТ, 29,5% имели анемию, у 24% установлен диагноз рахита, у 11,5% — БЭН. В структуре патологии ведущие места занимали заболевания ЦНС — 58,9%, пороки развития — 48,7%, токсическая фетопатия — 21,8%.

**Заключение.** За 7 лет отмечается рост числа детей, поступивших в ДР с перинатальным контактом по ВИЧ и гепатиту С. Все дети рождены матерями из группы социального риска не желающих воспитывать детей. Более 50% детей имели ВПР и фоновые состояния, родились недоношенными и имели дефицит веса при рождении.

**Кравцова И. С., Удачина Е. В., Филимонова А. А., Абрамова Е. Н.**

*Специализированный дом ребенка, Архангельск, Российская Федерация*

## **ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В ПЕРИОД РЕФОРМИРОВАНИЯ ГКУЗ АО «СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДОМ РЕБЕНКА» г. АРХАНГЕЛЬСКА**

**Актуальность.** Современные условия требуют совершенствования организации работы и эффективных форм управления в медицинских организациях. Экономический анализ — это инструмент управления и ведения хозяйства предприятия, который позволяет оптимально планировать деятельность учреждения, в том числе и домов ребенка.

**Цель исследования.** Провести финансово-экономический анализ в Специализированном доме ребенка г. Архангельска в период реформирования и оптимизации.

**Пациенты и методы.** Проведены финансово-экономический и медико-экономический анализы: при внедрении стационарозамещающих технологий в доме ребенка (групп дневного пребывания и групп работающих по пятидневной неделе), перевод на аутсорсинг (охрана объекта и лабораторные услуги, обслуживание медицинской техники), эффективность энергосберегающих мероприятий (замена ламп накаливания энергосберегающими, датчики движения в туалетных комнатах, утепление окон, установка автоматизированного теплого узла) и ABC анализ позволяющий оценить качество фармакотерапии. Анализ проведен за период с 2017 по 2019 г. в ГКУЗ АО «Специализированный дом ребенка» г. Архангельска.

**Результаты.** В 2013 г. проведено реформирование СДР г. Архангельска. Результатом явилась новая форма работы — ресурсный центр, решающий вопросы профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и ранней помощи, инклюзивного образования для детей раннего возраста, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. В учреждении с 2014 г. реализованы: проект комфортной среды и атмосфера доброжелательности, обновлена материально-техническая база, проведены ремонтные работы, создана современная реабилитационная инфраструктура, проводились мероприятия по оптимизации ресурсов. Внедрены группы дневного пребывания и группы, работающие по пятидневной неделе — экономическая эффективность за период с 2017 г. составила 8 293 294,21 руб., или 38% от общей экономии. Внедрение аутсорсинга в доме ребенка привели к экономии за 3 года 3 266 396 руб., наибольший процент экономии составляет перевод охраны на аутсорсинг — 59%. С 2019 г. уборка помещений путем аутсорсинга привела к экономии — 453 140,3 руб. Мероприятия по энергосбережению в ДР с 2017 г. составили экономию 2 742 892,26 руб. Ежегодно экономия от внедрения ABC-анализа и персонифицированного учета медикаментов в доме ребенка составляет — 263 924,4 руб.

**Заключение.** Дома ребенка исторически относятся к медицинским учреждениям, находятся в системе реформирования с 2015 г. Проведение экономического анализа в данных учреждениях является неотъемлемой задачей с целью развития интернатных учреждений и формирования современной инфраструктуры.



**Краснопольская А. В., Балыкова Л. А., Самошкина Е. С., Громова Е. В.,  
Щекина Н. В.**

*Мордовская республиканская клиническая больница, Саранск,  
Мордовская Республика, Российская Федерация*

## **ЛИПИДНЫЕ НАРУШЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОР РАННЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ**

**Актуальность.** Связь между аутоиммунным воспалением, дислипидемией и ранним атеросклерозом у пациентов с ревматоидным артритом хорошо известна, а у детей с ювенильным артритом (ЮА) только изучается.

**Цель исследования.** Определить представленность, выраженность и возможные ассоциации липидных изменений при ЮА.

**Пациенты и методы.** 90 больных ЮА 6–18 обследованы с использованием клинических, биохимических методов. Всем проведено суточное мониторирование АД (СМАД) и ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов шеи. 49 детей без хронических заболеваний составили контрольную группу. Состав липидов мембран эритроцитов изучали методом тонкослойной хроматографии, состав тела — биоимпедансометрии.

**Результаты.** Дислипидемия определялась у 48,9% пациентов, преимущественно при системном и полиартрите. Наиболее часто отмечалось повышение индекса атерогенности (ИА) за счет изменения соотношения холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности. Средний уровень ИА при ЮА был выше, чем в контрольной группе и коррелировал с показателями активности болезни и не зависел от приема кортикостероидов (КС). Повышение концентрации общего холестерина отмечено у 31,1% детей с ЮА с длительным стажем болезни, получавших КС. Уровень триглицеридов был выше у больных ЮА чем у детей контрольной группы и максимален при серопозитивном полиартрите. У 26,7% больных ЮА атерогенные сдвиги были обусловлены дефицитом аполипопротеина А1. Дислипидемия у 33,3% пациентов ассоциировалась с увеличением окружности талии, у 6% — с углеводными нарушениями, у 16% — с повышением АД, а также с нарушением состава тела (увеличением доли жировой ткани и уменьшением скелетно-мышечной и тощей мышечной массы) по данным биоимпедансометрии. У пациентов с дислипидемией и высокой активностью ЮА чаще определялись нарушения структуры сосудистой стенки и увеличение толщины комплекса интимамедия сонных артерий.

**Заключение.** У половины детей с высокой активностью ЮА выявлена дислипидемия, сопряженная с увеличением окружности талии, изменением состава тела и признаками доклинического атеросклероза. При ЮА наблюдалось изменение липидного состава мембран, приводящее к нарушению микровязкости и развитию сосудистых нарушений.

**Кривцова Л. А., Плеханова М. А.**

*Омский государственный медицинский университет, Омск, Российская Федерация*

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД**

**Актуальность.** В настоящее время идет активный поиск инструментов (биомаркеров латентной туберкулезной инфекции) для ранней диагностики и прогнозирования развития туберкулеза. Выделение основных факторов прогрессирования, включая иммунологические, позволит разработать высокоинформативные скрининговые методы.

**Цель исследования.** Оценка специфических иммунологических антигенов для ранней диагностики туберкулезной инфекции у детей.

**Пациенты и методы.** Исследование проспективное, поперечное, выполнено в период с 2014 по 2018 гг. Группу наблюдения составили 310 детей, из них 110 — с установленным диагнозом туберкулез (ТБ), 156 — с латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ), 44 — не инфицированных МБТ. Проведены иммунологические исследования: определение уровня ИФН- $\gamma$  спонтанного и стимулированного специфическими антигенами (ППД-Л, CFP32B, Rv2660c, ESAT6, 85a, ESAT6-CFP10) в цельной крови проводили всем детям. Для количественной оценки ИФН- $\gamma$  использовали ИФА тест-системы, предназначенные для определения ИФН- $\gamma$  в супернатантах. Результат оценивали в пг/мл и индексе стимуляции (и.с.).

**Результаты.** Среди белков ранней стадии туберкулезной инфекции по результатам ранжирования для ЛТИ были установлены значимые уровни для Rv2660c — R 3,984; ESAT6 — R 3,411, CFP32B — R 3,016 и 85a — R 2,958. Для ТБ значимым, кроме туберкулина, был гибридный белок, при ранжировании для них установлены наибольшие значения среднего ранга R 5,945 и R 4,573 ( $p < 0,000001$ ), при этом низкий уровень иммунного ответа на специфические белки рассматривался в качестве риска неблагоприятного течения заболевания (коэффициент риска 1,73; 95% ДИ 1,059–2,828). Вариант регистрации положительного ответа на ESAT6-CFP10 у детей с ЛТИ оценивали в качестве риска развития ТБ (коэффициент риска составил 4,047; 95% ДИ 2,797–5,856). Были определены значимые диагностические критерии по уровню (и.с.) индуцированного ИФН- $\gamma$  для диагностики ЛТИ были значимы показатели с ППД-Л более 4,0 с положительным ответом на белки ранней стадии ЛТИ. Оценивая информативность теста в нашем исследовании по определению индуцированного ИФН- $\gamma$  специфическими антигенами ППД-Л, ESAT6-CFP10, ESAT6, Rv2660c, 85a и CFP32B, мы установили его высокую чувствительность на уровне 98,33% (95% ДИ 91,14–99,71%) и специфичность — 100% (95% ДИ 85,13–100%).

**Заключение.** Таким образом, мы определили в качестве перспективных для ЛТИ два антигена: ESAT6 и Rv2660c, для активной — ESAT6-CFP10, что позволило рекомендовать их для включения в специфические иммунологические тесты по определению индуцированного ИФН- $\gamma$  для ранней диагностики туберкулезной инфекции у детей.

**Крючкова А. В., Панина О. А., Дрошнева Т. Н., Фомин Д. И.**

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко,  
Воронеж, Российская Федерация*

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Менингококковая инфекция является актуальной проблемой в педиатрии. Заболеваемость менингококковой инфекцией на территории Воронежской области регистрируется на спорадическом уровне.

**Цель исследования.** Анализ заболеваемости менингококковой инфекцией на территории Воронежской области.

**Пациенты и методы.** Статистический анализ заболеваемости менингококковой инфекцией на территории Воронежской области в 2018 г.

**Результаты.** В 2018 г. показатель заболеваемости составил 0,39 на 100 тыс. населения, зарегистрировано 9 случаев заболевания. Это на 12,41% выше уровня 2017 г. (8 случаев, показатель заболеваемости 0,34 на 100 тыс. населения). Из всех заболевших 100% (9 человек) перенесли генерализованные формы менингококковой инфекции. Заболевания регистрировались в Борисоглебском, Лискинском, Новоусманском, Рамонском, Таловском, Хохольском, Эртильском и городе Воронеже. 8 случаев менингококковой инфекции зарегистрировано среди детей (88,9% от всех заболевших). Показатель заболеваемости детей до 17 лет составил 2,01 на 100 тыс. (2014 г. — 1,07; 2015 г. — 3,19; 2016 г. — 1,05; 2017 г. — 1,02). Доля детей до 1 года составила 33,3%, от 1 года до 2 лет — 11,1%, от 3 лет до 6 лет — 22,2%, от 7 до 14 лет — 11,1%, старше 15 лет — 11,1%, взрослые — 11,1%. Зарегистрирован 1 случай с летальным исходом (молниеносная форма менингококковой инфекции). При обследовании больных генерализованными формами менингококковой инфекции среди возбудителей, выделенных от больных, доля менингококка серогруппы С — 75%, нетипируемого — 25%.

**Заключение.** Проведенный анализ эпидемиологических особенностей менингококковой инфекции подтверждает актуальность этой патологии на территории Воронежской области.

**Кузнецова Л. В.<sup>1,2</sup>, Труханкина З. В.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> *Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Детская республиканская больница, Петрозаводск, Российская Федерация*

## **К ВОПРОСУ О РАННИХ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Данные последних десятилетий убедительно подтверждают мнение о том, что остеохондроз позвоночника следует рассматривать как одну из распространенных форм хронического системного поражения соединительной (хрящевой) ткани.

**Цель исследования.** Оценить степень проявления дисплазии соединительной ткани у детей с дегенеративно-дистрофическим поражением позвоночника.

**Пациенты и методы.** 68 детей с остеохондрозом позвоночника, находившихся на лечении в неврологическом отделении детской республиканской больницы, из них: девочки 38 человек (56%); мальчики — 30 чел. (44%). Возрастной состав: 7–10 лет — 7 человек (10%), 11–13 лет — 10 чел (11%), 14–16 лет — 35 чел (51,5%), 17 лет и старше — 16 человек (23,5%). Методы: ультрасонографический, МРТ, рентгенологический, программный комплекс «Дисплазия».

**Результаты.** По обследованным отделам: шейный остеохондроз — 28 детей (41%) (некоторые были как находки); пояснично-крестцовый отдел — 38 чел (56%); грудной отдел — 16 чел (23,5%); несколько отделов — 14 человек (20,5%). Выполнено МРТ позвоночника и спинного мозга 45 пациентам (66%), результаты: начальные признаки дегенеративных изменений выявлены у 29 детей (64%), грыжи и протрузии межпозвоночных дисков — у 16 чел (36%). Рентгенография проведена у 23 детей (34%), выявлены признаки остеохондроза позвоночно-двигательных сегментов. 16 детей (23,5%) были доставлены по срочным показаниям: боли в поясничной области с иррадиацией в ногу, нарушением походки, ограничение подвижности позвоночника. Выявленные признаки дисплазии соединительной ткани с помощью диагностического комплекса «Дисплазия». В целом ДСТ 2-й ст. была определена у 32% пациентов, 3-й ст. — у 68%.

**Заключение.** Остеохондроз позвоночника проявляется клинически у детей с возраста 6–7 лет. Ультрасонографическая и МРТ диагностика являются ранней, иногда доклинической и опережают рентгенологическую на 2–3 года. Терапия остеохондрозов у детей должна включать препараты, улучшающие свойства соединительной ткани.

**Кулакова Г. А.<sup>1</sup>, Курмаева Е. А.<sup>1</sup>, Соловьева Н. А.<sup>1</sup>, Самолина И. В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Казанский государственный медицинский университет, Казань,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> Детская республиканская клиническая больница, Казань, Российская Федерация

## **ПРИЧИНЫ ОТКАЗА РОДИТЕЛЕЙ ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК**

**Актуальность.** В последние годы в Российской Федерации наблюдается рост инфекционных заболеваний. По данным Роспотребнадзора, заболеваемость коклюшем выросла в 2018 г. в 1,9 раза, корью — в 2,96, на прежнем уровне сохраняется заболеваемость туберкулезом, гепатитом В, ветряной оспой по сравнению с данными 2017 г.

**Цель исследования.** Целью наших исследований явилось изучение причин отказов родителей от вакцинации детей за период 2017–2018 гг.

**Пациенты и методы.** Нами был проведен опрос методом анкетирования родителей 147 детей в возрасте от 0 до 6 лет.

**Результаты.** При анализе анкет выявлены причины отказов от профилактических прививок: боязнь осложнений (58%), недоверие к отечественной вакцине (10%), низкий образовательный уровень родителей (32%). Обращает внимание недостаточный уровень информированности родителей (47%) об эпидемиологии, иммунологии, тяжести течения инфекционных заболеваний, отсутствии специфического лечения, возможных осложнениях, высокой вероятности неблагоприятных исходов. Каждого второго родителя интересуют данные о современных вакцинах и возможных реакциях на них. Необходимую информацию об инфекции и специфической профилактики получают от медицинских работников 88% родителей, на долю СМИ приходится — 12%. Наличие негативных отзывов в социальных сетях привели к отказу от вакцинации в 28% случаев. Однако, опрос родителей установил, что при неблагоприятной эпидемиологической ситуации они были бы готовы вакцинировать своих детей. При анализе эффективности проводимых индивидуальных бесед с аргументированной моделью убеждения в необходимости и безопасности вакцинации выявлена возможность влияния на принятие решения 60% респондентов, согласившихся в последующем на проведении вакцинации своих детей.

**Заключение.** Таким образом, для снижения отказов от вакцинации детей против управляемых инфекций необходимо повысить уровень знаний родителей, обеспечение их качественной информацией об управляемых инфекциях, современных безопасных вакцинах.

**Кулешова О. К.**

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,  
Российская Федерация

## **КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** В последние годы отмечается неуклонный рост хронической патологии желудочно-кишечного тракта у детей, что приводит к снижению качества жизни и возникновению риска инвалидизации.

**Цель исследования.** Изучить клинико-anamнестические особенности хронического гастродуоденита (ХГД) у детей.

**Пациенты и методы.** Обследовано 60 детей (30 мальчиков и 30 девочек) в возрасте от 6 до 17 лет с ХГД в стадии обострения, находившихся на стационарном лечении МБУЗ ДГКБ им. Г.К. Филиппского г. Ставрополя в сентябре-декабре 2018 г. При обследовании больных были проведены сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, наследственного анамнеза, объективный осмотр, оценка данных лабораторно-инструментальных методов исследования (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, кал на я/г, копрограмма, ФЭГДС, УЗИ органов брюшной полости). Использованы следующие методы: статистический, аналитический, сравнения, наблюдения.

**Результаты.** Жалобы на боли в животе отмечены у 60 (100,0%) детей, тошноту — у 30 (50,0%), горечь во рту — у 30 (50,0%), метеоризм — у 24 (40%), запоры — у 16 (26,7%), рвоту — у 10 (16,7%), нарушение аппетита — у 8 (13,3%), утомляемость — у 30 (50,0%), слабость — у 24 (40,0%). Боль локализовалась в околопупочной области у 38 (63,3%) детей, в эпигастральной области — у 34 (33,3%), в правой подреберной области — у 1 (1,7%) и неопределенной локализации у 1 (1,7%). Боль ноющего характера отмечена у 30 (50,0%) детей, тянущего — у 22 (36,7%), колющего — у 6 (10,0%) и у 2 (3,3%) боль носила неопределенный характер. У 24 (40,0%) пациентов отмечена связь болей с приемом пищи, из них ранние боли отмечались у 8 (33,3%) детей, поздние — у 10 (41,7%), до и после приема пищи боли возникали у 6 (25,0%) детей. Анализ анамнеза заболевания показал, что 24 (40,0%) больных имели погрешности в питании (несоблюдение диеты: злоупотребление острым, жареным, жирным, переизбыток), 36 (60,0%) больных настоящее обострение ни с чем не связывали. Из 60 пациентов 52 (86,7%) периодически наблюдались у гастроэнтеролога, половина из которых получала симптоматическое лечение. Отягощенная наследственность по гастроэнтерологическим заболеваниям (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, хронический холецистит, ЖКБ, хронический запор) определена у 46 (76,7%) детей. Родители данной группы детей либо не проходили обследование, либо не получали лечение в полном объеме. Средняя продолжительность заболевания составила  $4,4 \pm 0,5$  года. При пальпации отмечалась болезненность в эпигастральной области у всех больных. По результатам ФГДС поверхностный гастродуоденит выявлен у 50 (83,3%), гипертрофический гастродуоденит — у 4 (6,7%), гипертрофический гастрит + поверхностный дуоденит — у 2 (3,3%), эрозивный гастрит + поверхностный дуоденит — у 4 (6,7%). При этом заболевание ассоциировано с *Helicobacter pylori* у 48 (80,0%) больных. Из сопутствующих заболеваний чаще диагностировалась билиарная дисфункция — у 56 (93,3%) детей, гастроэзофагеальный рефлюкс — у 18 (30,0%), дуоденогастральный рефлюкс — у 4 (6,7%), холелитиаз — у 6 (10,0%), целиакия у 2 (3,3%).

**Заключение.** Преобладающей формой ХГД у детей является поверхностный *Helicobacter pylori*-ассоциированный гастродуоденит. У 46 (76,7%) детей отмечается отягощенность наследственного анамнеза по заболеваниям ЖКТ. У 58 (96,7%) детей с ХГД отмечается сопутствующая патология ЖКТ, что диктует необходимость ранней диагностики заболевания для предупреждения развития сочетанных поражений других органов ЖКТ при *Helicobacter pylori*-ассоциированном поражении.

**Куликова К. С.**

*Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, Москва,  
Российская Федерация*

## **СЛОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОГО РАХИТА У ДЕТЕЙ. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ 170 ПАЦИЕНТОВ ИЗ РОССИИ**

**Актуальность.** Гипофосфатемический рахит (ГФР) — это группа заболеваний, характеризующихся нарушением минерализации костной ткани вследствие повышенного выведения фосфора из организма. Своевременная диагностика и адекватная терапия ГФР имеет крайне важное значение для предотвращения развития тяжелых осложнений.

**Цель исследования.** Изучить клинико-биохимические и генетические характеристики 170 пациентов с ГФР. Провести анализ эффективности и основные сложности лечения ГФР.

**Пациенты и методы.** Включены 170 пациентов с ГФР (от 1 мес до 56 лет; мужской пол — 57, женский пол — 113), из которых 52 случая — с семейной формой ГФР, 118 — спорадическая форма. Всем пациентам проведено клиническое и гормонально-биохимическое обследование, которое включало в себя оценку основных параметров кальций-фосфорного обмена. Оценка степени выраженности рахитических изменений костной ткани проводилась с использованием бальной системы по T.D. Thacher (Rickets Severity Score, индекс RSS). Молекулярно-генетическая диагностика проводилась с помощью методики NGS с анализом на наличие мутаций в 22 генах-кандидатах.

**Результаты.** Средний возраст на момент постановки диагноза составил 7,5 лет (в возрасте от 2 мес до 17 лет). Клинические симптомы ГФР включали деформации ног (90%), мышечную слабость (75%), множественные зубные абсцессы (72%). Низкорослость имели 63% пациентов ( $n = 144$ ) (SDS роста меньше чем -2), наиболее низкий рост был у пациентов, перенесших многократные корригирующие остеотомии: средний SDS =  $-3,07 [-3,85; -2,21]$  ( $n = 42$ ). 10 детей с диагнозом ГФР и начавшие лечение до 2 лет имели среднее значение SDS роста  $-1,2 \pm 0,3$  и легкие деформации ног. Рецидив деформаций ног после корригирующих остеотомий возник у 100% пациентов, оперированных в период активного роста (в возрасте 5–13 лет). Среднее значение RSS было 4,5 балла (диапазон 1,5–10) ( $n = 25$ ). Мутации были выявлены в 92,3% семейных и 84,4% спорадических случаев. У 145 пациентов были обнаружены мутации гена *PHEX*, 70 из которых были новыми. Мутации были также обнаружены в других генах: *FGF23* ( $n = 1$ ), *SLC34A3* ( $n = 1$ ) и *CLCN5* ( $n = 1$ ).

**Заключение.** Исследование подтвердило преобладание ГФР, в результате мутаций гена *PHEX*, среди пациентов с наследственными формами рахита. Более ранняя диагностика и адекватное лечение могут привести к менее серьезным осложнениям и улучшить качество жизни пациентов с ГФР.



**Кульмаков С. А.<sup>1</sup>, Полунин М. М.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ УША У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Внедрение эндоскопов в хирургию уха связано с тем, что операционный микроскоп увеличивает изображение по прямой линии, а многочисленные глубокие карманы среднего уха недоступны визуализации напрямую. Эндоскопы позволяют заглянуть в глубину операционного поля и обеспечивают панорамный обзор.

**Цель исследования.** Оценка эффективности отоэндоскопических операций у детей.

**Пациенты и методы.** Проведено хирургическое лечение 104 детям с различными формами хронического гнойного среднего отита. Возраст детей от 2 до 18 лет. В зависимости от формы ХГСО мы выделили 3 группы: дети с мезотимпанальной перфорацией барабанной перепонки (39 детей), дети с тимпанальной холестеатомой (19 детей), дети с аттико-антральной и распространенной холестеатомой (46 детей). У детей 1-й и 2-й группы операции выполнялись трансканальным эндоскопическим доступом. У детей 3-й группы эндоскоп использовался в качестве ассистенции к микроскопическому доступу на отдельных этапах.

**Результаты.** Результаты отоэндоскопических операций сравнивали с результатами отомикроскопических (контрольная группа). У 34 (87,2%) детей с мезотимпанальными перфорациями (1 группа) после отоэндоскопической тимпанопластики через 1 год после операции была нормальная отоскопическая картина. В случаях с тимпанальной холестеатомой (2 группа) отсутствие рецидива наблюдалась у 19 (100%) детей. У детей с аттико-антральной и распространенной холестеатомой эндоскопическая ассистенция позволила снизить частоту резидуальной холестеатомы до 13,5%, в контрольной группе — 25%.

**Заключение.** При оперативном лечении детей с аттико-антральной и распространенной холестеатомой среднего уха, эндоскопическая ассистенция является эффективным дополнением классической отомикроскопической хирургии. В случае с мезотимпанальной перфорацией и тимпанальной холестеатомой может быть альтернативой.

**Куртасова Л. М., Швайгерт Т. А., Галактионова М. Ю., Чеснокова Л. Л.**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

## **ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ НАД(Ф)-ЗАВИСИМЫХ ДЕГИДРОГЕНАЗ В ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Частые респираторные вирусные инфекции могут приводить к деструкции эпителия дыхательных путей и усилению гипериммунной реакции с избыточным воспалительным компонентом. Выработка факторов регуляции иммунного ответа определяются функциональными возможностями лимфоцитов периферической крови.

**Цель исследования.** Анализ показателей активности НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах периферической крови у часто болеющих детей (ЧБД).

**Пациенты и методы.** Обследованы 56 детей в возрасте от 1 года до 3 лет с рецидивирующими респираторными инфекциями. Частота респираторных инфекций составила 6 раз и более в году. Критерием включения детей в исследование являлось отсутствие терапии в течение месяца, предшествующего обследованию. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей аналогичного возраста. Мононуклеары выделяли центрифугированием в градиенте плотности фикол — вероградента ( $\rho = 1,077 \text{ г/см}^3$ ) по методу А. Воуит. Активность НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ лимфоцитов периферической крови изучали биолюминесцентным методом по А. А. Савченко и Л. Н. Сунцовой.

**Результаты.** Обнаружено статистически значимое повышение уровня активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ) по сравнению с контрольной группы ( $13,86 \pm 0,88\text{Е}$  против  $2,09 \pm 0,21\text{Е}$ ,  $p < 0,001$ ). В лимфоцитах крови у ЧБД снижены уровни активности НАДН-зависимой малатдегидрогеназы (НАДНМДГ) ( $57,36 \pm 5,02\text{Е}$  против  $123,04 \pm 9,47\text{Е}$ ,  $p < 0,001$ ) и НАД-зависимой лактатдегидрогеназы (НАДЛДГ) ( $18,80 \pm 1,42\text{Е}$  против  $41,73 \pm 4,07\text{Е}$ ,  $p < 0,001$ ). Это определяет повышение интенсивности субстратного потока по циклу трикарбоновых кислот, вносящему наибольший вклад в процесс внутриклеточного энергообразования. Ферментативная реакция, компенсирующая отток субстратов с гликолиза, катализируется глюкозо-3-фосфатдегидрогеназой (Г3ФДГ), активность которой повешена в лимфоцитах крови у ЧДБ ( $4,06 \pm 0,29\text{Е}$  против  $2,56 \pm 0,22\text{Е}$ ,  $p < 0,05$ ). Кроме того, у детей с рецидивирующей респираторной инфекцией выявлено уменьшение активности глутатионредуктазы (ГР) — фермента, участвующего в реакциях глутатионзависимой антиоксидантной защиты клетки и в определенной мере модулирующего пролиферативную активность лимфоцитов ( $9,39 \pm 0,47\text{Е}$  против  $12,37 \pm 0,23\text{Е}$ ,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, результаты проведенного исследования установили изменения показателей активности НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах периферической крови у детей с рецидивирующими респираторными инфекциями.

**Левитина Е. В.<sup>1</sup>, Рахманина О. А.<sup>1</sup>, Кельн О. Л.<sup>2</sup>, Змановская В. А.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Российская Федерация

<sup>2</sup> Областная клиническая больница № 1, Тюмень, Российская Федерация

<sup>3</sup> Детский психоневрологический лечебно-реабилитационный центр «Надежда», Тюмень, Российская Федерация

## **КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ**

**Актуальность.** Дети с эпилепсией имеют более высокий риск развития трудностей в обучении, что связано с формой эпилепсии, типом и частотой приступов, латерализацией межиктальных эпилептиформных разрядов при электроэнцефалографии (ЭЭГ), введением противоэпилептических препаратов (ПЭП) и психосоциальной средой.

**Цель исследования.** Определить корреляцию клинико-электроэнцефалографических показателей и когнитивных нарушений у детей с генетической генерализованной эпилепсией.

**Пациенты и методы.** Обследовано 20 детей в возрасте  $12 \pm 5,5$  лет с различными формами генетических генерализованных эпилепсий (ГГЭ). Исследования памяти проводилось с помощью теста запоминания 10 слов А. Р. Лурия и методики определения кратковременной памяти. С целью оценки ригидности мышления и эмоциональных особенностей использовался тест «Самооценки психических состояний» Г. Айзенка. Для изучения внимания были предложены таблицы Шульте и корректурная таблица Бурдона. Краткий ориентировочный тест В. Н. Бузина, Э. Ф. Вандерлика служил для определения уровня интеллектуальных способностей.

**Результаты.** Изучение кратковременной слуховой памяти выявило вариант нормы у 60% пациентов. Однако у 40% кривая имела форму «плато», что свидетельствует об эмоциональной вялости ребенка и отсутствии заинтересованности. Долговременная память была снижена у 50% обследуемых пациентов. При проведении теста на определение уровня кратковременной зрительной памяти результаты ниже среднего показателя были зафиксированы у 30%. Высокие показатели памяти были отмечены у пациентов, имеющих продолжительную медикаментозную ремиссию, низкие — у больных, не получавших ПЭП и больных с продолжающимися приступами и наличием стойкой эпилептической активности на ЭЭГ. Уровень интеллекта у пациентов с ГГЭ нормален, однако у трети ( $n = 6$ ) отмечался выраженный уровень ригидности мышления, в основном это были дети старшего возраста, соответственно с большим стажем заболевания. Показатели внимания (концентрация, распределение, переключаемость) были снижены у 30% пациентов, среди которых оказались дети с частыми приступами и не получающие противоэпилептические препараты.

**Заключение.** Нарушение памяти коррелируют с частотой приступов, отсутствием адекватного противоэпилептического лечения, наличием стойкой эпилептической активности на ЭЭГ. Показатели нарушения внимания выявлены у 1/3 больных и взаимосвязаны с количеством эпилептических приступов и отсутствием лечения.

**Лопушов Д. В.<sup>1</sup>, Фазулзянова И. М.<sup>1</sup>, Сенек С. А.<sup>1,2</sup>, Зиатдинов А. И.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Казанская государственная медицинская академия — филиал ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Казань, Российская Федерация

<sup>2</sup> Детская республиканская клиническая больница, Казань, Российская Федерация

## **ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К ВАКЦИНАЦИИ — ВАЖНЫЙ АСПЕКТ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ**

**Актуальность.** Вакцинация признана во всем мире стратегической инвестицией в охрану здоровья. Очень важно, чтобы медработники предоставляли объективную информацию населению о необходимости проведения прививок, последствиях отказа от вакцинации. Медработники должны обладать информацией по всем аспектам вакцинопрофилактики и работа среди населения должна быть направлена в первую очередь на то, чтобы убедить родителей в эффективности и безопасности вакцинации.

**Цель исследования.** Оценить уровень знаний медицинских работников по вопросам вакцинопрофилактики.

**Пациенты и методы.** Анкетирование медицинских работников проводилось на базе медицинских организациях Республики Татарстан. Для проведения анкетирования использовался авторский опросник. При ответе предоставлялась возможность выбрать от одного до нескольких вариантов. В анкетировании приняли участие 3250 медицинских работников Республики Татарстан. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программ Microsoft Excel.

**Заключение.** Распределение медицинских специальностей среди опрошенных составило: «терапия» — 33,4%, «педиатрия» — 31,9%, «общая врачебная практика» — 14,9%, «аллергология и иммунология» — 1,8%, «эпидемиология» — 9,1%, «общественное здоровье и организация здравоохранения» — 5,1%, хирургия — 3,8%. В ходе проведения анкетирования 95% опрошенных медицинских работников имеют положительное отношение к вакцинопрофилактике, 3% анкетированных отметили отрицательное отношение к вакцинопрофилактике, 2% медицинских работников имеют нейтральное отношение к иммунопрофилактике. Из опрошенных 86% медицинских работников делают профилактические прививки своим детям.

**Заключение.** Таким образом, проведенное анкетирование медицинских работников диктует необходимость разработки отдельных программ повышения квалификации медицинских работников, участвующих в вакцинопрофилактике по вопросам вакцинопрофилактики. Также необходимо проводить активную информационную работу среди населения, привлекая средства массовой информации, особенно интернет, телевидение.

**Майборода В. В.<sup>1</sup>, Фокичева Н. Н.<sup>2</sup>, Шилина С. А.<sup>2</sup>, Калашникова О. Н.<sup>2</sup>, Федосеева Н. Ю.<sup>2</sup>, Скобеев И. Г.<sup>2</sup>, Майорова Е. В.<sup>2</sup>**

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

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

## **ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ С ОРВИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Иммунизация детей является важным инструментом охраны здоровья ребенка и управления заболеваемостью в целом.

**Цель исследования.** Изучить мнение родителей о необходимости вакцинации их детей в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

**Пациенты и методы.** Методом случайной выборки было проведено анонимное тестирование 178 родителей среди госпитализированных детей в возрасте от 1 мес до 6 лет. По возрастным когортам дети распределены: в возрасте до 1 года — 25%, 1–2 года — 20%, 2–3 года — 19%, 3–4 года — 11%, 4–5 лет — 8%, 5–6 лет — 17%.

**Результаты.** Средний возраст матерей составил 25–35 лет. Среди опрошенных родителей 85% вакцинируют своего ребенка в полном объеме, 12% прививают только от некоторых инфекций, 3% полностью отказываются от вакцинации. Но при этом большинство детей 81% (144 ребенка) были привиты в роддоме против вирусного гепатита В (ВГВ) и туберкулеза, только против ВГВ 5% (8 детей), только против туберкулеза 14% (25 детей), 0,5% родителей полностью отказалась от вакцинации своего ребенка в роддоме. Основными причинами отказа от дальнейшей вакцинации является страх осложнения вакцинации у 10% (18 детей), в том, что вакцина недостаточно защищает или могут вакцинировать ребенка некачественной вакциной, уверены 4,5% (8 родителей), 0,02% считают, что риск заболевания полностью исключен, 0,03% отказывается вакцинировать своего ребенка по религиозным убеждениям. При этом у 41,5% детей не было никакой реакции на предыдущие вакцинации, у 32% отмечались явления субфебрилитета, у 16,8% возникал отек места инъекции до 8 см, преимущественно после вакцинации АКДС (13%), у 8,4% была аллергическая сыпь. При этом 47% родителей считает, что недостаточно осведомлены о вакцинах и желают знать больше.

**Заключение.** Основными причинами отказа от вакцинации ребенка — боязнь осложнений, избирательный подход к выбору нозологии. Проведенный опрос свидетельствует о недостаточной информированности родителей о вакцинопрофилактике и необходимости обеспечения родителей достоверной и научно обоснованной информацией.

**Макина О. В.<sup>1</sup>, Кисельникова О. В.<sup>1</sup>, Петрова Н. А.<sup>1</sup>, Ларина Е. А.<sup>1</sup>, Туз В. В.<sup>2</sup>, Щедрова Е. В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Российская Федерация

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, Ярославль, Российская Федерация

## **ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Диабетическая полинейропатия — самое раннее хроническое осложнение при СД, развивается на фоне хронической гипергликемии и ассоциирована с патологическими метаболическими изменениями (активация полиолового пути, накопление конечных продуктов гликирования, оксидативный стресс, дислипидемия).

**Цель исследования.** Изучение частоты встречаемости, структуры и факторов риска диабетической полинейропатии у детей и подростков.

**Пациенты и методы.** Обследованы 44 пациента (14 девочек и 30 мальчиков) в возрасте 5–17 лет. Проведена оценка дистальной диабетической нейропатии сенсорной (болевого, температурной, вибрационной, тактильной) и моторной (электронейромиография), а также функционирование автономной нервной системы. Анализированы метаболические изменения по гликированному гемоглобину (HbA1c), липидному спектру и артериальному давлению (АД). Статистическая обработка результатов проведена методом статистической проверки гипотез о равенстве средних значений двух выборок с помощью коэффициента Стьюдента. Результаты представлены в виде средних значений признака с интервалом совокупности.

**Результаты.** Средний стаж заболевания СД типа 1 составил 7,5 лет. 38,6% пациентов предъявляли жалобы, характерные для диабетической полинейропатии: утомляемость в ногах (22,8%), судороги в стопах и икроножных мышцах (15,9%), периодические боли в ногах (18,2%), жжение (4,5%), онемение (18,2%), покалывание (6,8%). При неврологическом осмотре у 31,8% пациентов отмечено снижение вибрационной чувствительности, 20,5% — тактильной. Снижения температурной и болевой чувствительности, нарушения суставно-мышечного чувства выявлено не было. Снижение коленного рефлекса отмечено у 4%, ахиллового — у 16%. По данным ЭНМГ, у 9,7% выявлены нарушения проведения по нервам нижних конечностей. Корреляционный анализ показал связь наличия диабетической полинейропатии с длительностью заболевания более 7,7 лет ( $p < 0,0005$ ) и уровнем гликированного гемоглобина более 9,9% ( $p < 0,05$ ). Взаимосвязи с возрастом пациентов, показателями липидного спектра оказались статистически незначимыми. Автономных вегетативных нарушений (кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, мочеполовой дисфункций) у обследованных пациентов выявлено не было. Но 25,7% имели отклонения в пробе на ортостаз и 63% — расстройства ЖКТ, что требует наблюдения.

**Заключение.** Частота встречаемости диабетической полинейропатии у детей с СД типа 1 составила 41%. Нарушение вибрационной чувствительности отмечено у 31,8% обследуемых детей. Достоверными факторами развития диабетической полинейропатии выявлены длительность заболевания более 7,7 лет и уровень HbA1c более 9,9%.

**Макина О. В., Марьина О. И.**

*Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль,  
Российская Федерация*

## **АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** В настоящее время сохраняется тенденция к росту аутоиммунных тиреопатий в детском и подростковом возрасте. Особенности клинической картины, обусловленные неспецифичностью проявлений заболевания, а в некоторых случаях бессимптомным длительным течением приводят к запоздалой диагностике.

**Цель исследования.** Изучить распространенность и течение аутоиммунного тиреоидита (АИТ) среди детей.

**Пациенты и методы.** Обследовано 55 детей (10 мальчиков и 45 девочек) на амбулаторном этапе в возрасте от 6 до 17 лет. Проведена оценка генеалогического анамнеза, физического развития детей, размеров и функции щитовидной железы, тиреоидного профиля. Статистическую обработку данных проводили с помощью статистического пакета Statistica 8,0 (StatSoft, Inc.).

**Результаты.** Распространенность АИТ у детей в Ярославской области 6,6%. При анализе данных АИТ достоверно чаще выявлен у девочек (82%). Средний возраст детей составил 13,4 года. Наследственный фактор по заболеваниям щитовидной железы (ЩЖ) и сахарному диабету (СД) обнаружен у 25,5% человек, у 3,6% рак ЩЖ. Достоверно чаще отслеживается отягощенная наследственность по материнской линии (85,2%). В 12,7% случаев АИТ сочетался с СД типа 1, что свидетельствует о формировании аутоиммунного полигландулярного синдрома (АПГС) 3А типа. В 1,8% наблюдалось сочетание с витилиго (АПГС 3С типа). Большинство детей с АИТ имели нормальное физическое развитие (69%), дефицит массы 16,5% и избыточный вес 14,5%. При оценке размера ЩЖ (ВОЗ, 2001) у 65% детей зоба не обнаружено, в 33% — зоб 1 ст., в 2% — зоб 2 ст. По анализу тиреоидного профиля более половины детей с АИТ имели нарушение функции ЩЖ (51%), из них 16% субклинический гипотиреоз, 31% — гипотиреоз, 4% — гипертиреоз. Все дети с гипотиреозом получают заместительную терапию левотироксином, с гипертиреозом — тиамазол. Наблюдение детей с АИТ проводится на амбулаторном этапе с выполнением УЗИ ЩЖ и оценке показателей крови (ТТГ, св. Т4, АТ-ТПО) 1 раз в 6 мес.

**Заключение.** Выявлена высокая распространенность АИТ среди детей, преимущественно у девочек пубертатного периода, клинически протекающих с преобладанием субклинического гипотиреоза, требующего заместительной терапии левотироксином. Дети с АПГС требуют расширенной диагностики поражения других органов.



**Маклакова О. А., Валина С. Л., Кобякова О. А.**

*Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения, Пермь, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ КАДЕТСКОЙ ШКОЛЫ**

**Актуальность.** За последнее десятилетие произошло ухудшение состояния здоровья школьников, связанное с воздействием различных факторов школьной среды. Данные проведенных исследований свидетельствуют о том, что процесс обучения в школах нового типа способствует снижению физиологических резервов организма детей.

**Цель исследования.** Оценить состояния здоровья мальчиков, обучающихся в кадетской школе.

**Пациенты и методы.** Проведено углубленное клиническое обследование 234 мальчиков (группа наблюдения), обучающихся в кадетской школе, из них 84 человека обучались в начальных классах, 99 человек — в основной школе, 51 человек — в старших классах. Группу сравнения составили 78 мальчиков общеобразовательной школы. Группы были сопоставимы по возрасту ( $p = 0,11-0,63$ ). Оценка состояния здоровья детей включала осмотр врачами специалистами с анализом карт развития ребенка, лабораторную и функциональную диагностику по стандартным методикам. Исследование проведено с соблюдением этических норм. Предварительно было получено добровольное информированное согласие у всех законных представителей.

**Результаты.** Результаты исследования показали, что патология опорно-двигательного аппарата являлась приоритетной на всех этапах обучения и встречалась в 64,7–100% в исследуемых группах. В период обучения каждый второй кадет имел нарушение осанки, 1/3 мальчиков — плоскостопие, к старшим классам у 9,8% детей формировался сколиоз. В группе сравнения за время обучения отмечен рост количества детей с плоскостопием в 1,5 раза ( $p = 0,03$ ), сколиозом — в 6,9 раза (до 36,8%;  $p = 0,02$ ). Болезни системы пищеварения были представлены функциональной патологией и встречались у 56,4% детей кадетской школы, что было 1,4 раза реже группы сравнения ( $p = 0,001$ ). Выявлено увеличение распространенности заболеваний ЖКТ в 1,5 раза к концу обучения в начальной школе нового типа ( $p = 0,04$ ), в то время как в группе сравнения отмечен рост заболеваемости в 1,5–1,7 раза в основной и старшей школе ( $p = 0,02-0,001$ ). Среди болезней эндокринной системы у мальчиков кадетской школы отмечен рост заболеваний щитовидной железы в 4,1 раза к концу обучения (до 25,5%,  $p = 0,004$ ), в группе сравнения встречаемость этой патологии выросла в 2,7 раза ( $p = 0,02$ ). Кроме того, 13,7% кадетов в старших классах имели избыток массы тела.

**Заключение.** Таким образом, у каждого второго учащегося кадетской школы встречается нарушение осанки, функциональная патология пищеварительной системы, у каждого третьего — плоскостопие, а у 1/4 мальчиков к концу обучения развивается патология щитовидной железы и миопия.

**Малеева Н. П., Дмитриева М. К., Кацова Г. Б., Попова Л. В.**

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,  
Российская Федерация*

## **НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО РАБОТЫ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

**Актуальность.** Сестринское дело в педиатрии является той профессией, где человек начинает испытывать чувство внутренней эмоциональной опустошенности, вследствие необходимости постоянных контактов, как с детьми, так и с родителями.

**Цель исследования.** Определение характеристик эмоционального выгорания у 50 медицинских сестер соматических педиатрических стационаров в возрасте от 20 до 50 лет.

**Пациенты и методы.** Респондентки опрашивались по опроснику К. Маслач, С. Джексон и В. В. Бойко, предназначенного для измерения степени эмоциональное выгорание (ЭВ) в профессиях «человек–человек».

**Результаты.** При диагностике эмоционального выгорания у медицинских сестер педиатрического профиля выявлено, что 56% медицинских сестер имеют достаточно выраженные признаки ЭВ по шкале эмоциональное истощение, у 20% низкий уровень ЭВ, а у 24% отсутствие признаков ЭВ. В зависимости от стажа работы отмечается следующий рейтинг: при стаже работы до 3 лет ЭВ отсутствовал у всех педиатрических медицинских сестер, при стаже от 3 до 10 лет отсутствовал у 50% респонденток и формировался у 50%, фаза сформированного ЭВ не зарегистрирована. При стаже работы более 10 лет у большинства (52%) отмечалась фаза формирующегося ЭВ, у 32% сформированного и у 16% его отсутствие. При анализе ЭВ в зависимости от возраста выявлено, что только у 16% респонденток в возрасте до 35 лет отмечалась формирующаяся фаза ЭВ, в возрасте старше 35 лет у 34% сформировавшаяся, у медсестер более старшего возраста ЭВ был уже сформирован у всех медицинских сестер (100%).

**Заключение.** Таким образом, уровень ЭВ медицинских сестер педиатрических стационаров находится в прямой зависимости от длительности пребывания в профессии и возраста.

**Малиненко З. И., Бибалова Н. Р., Новошинов Г. В.**

*Областная детская больница, Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У РЕБЕНКА ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА: ЗНАЧЕНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

**Актуальность.** Актуальность основана на широкой распространенности, многочисленности и разнообразии причинных факторов, сложности выявления данной патологии у детей и подростков.

**Цель исследования.** Представить случай ультразвуковой визуализации объемного образования брюшной полости у девочки 15 лет.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось на аппарате Philips EPIQ5 с использованием датчиков: конвексный С9–2 МГц, линейный L12–8 МГц.

**Результаты.** Девочка 15 лет обратилась в хирургическое отделение по месту жительства с жалобами на боли в животе. Было проведено УЗИ органов брюшной полости, при котором выявлено объемное образование значительных размеров, не имеющее четкой связи с визуализируемыми органами. Затем девочка в плановом порядке поступила в детское хирургическое отделение ОДКБ г. Ростов-на-Дону, где ей было выполнено УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и органов малого таза. Эхографически выявлено анэхогенное, аваскулярное объемное образование, с четкими контурами, размерами (приблизительно) 190×104 мм. Образование визуализировалось на протяжении от мочевого пузыря до эпигастральной области и затрудняло локацию правой доли печени и поджелудочной железы. Отмечалось смещение левого яичника в правую сторону. Определялась четкая связь между образованием и левым яичником. Ребенку была выполнена диагностическая лапароскопия с последующей лапаротомией и установлен клинический диагноз: Удаленная истинная параовариальная киста левого яичника.

**Заключение.** Приведенный клинический пример свидетельствует о том, что ультразвуковая картина позволяет оценить локализацию, структуру патологического процесса и дает возможность определения дальнейшей тактики лечения.

**Малиненко З. И., Бибалова Н. Р., Шилов Г. Л.**

*Областная детская больница, Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

## **ВОЗМОЖНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ХИРУРГИИ**

**Актуальность.** Актуальность проблемы диагностики патологии органов брюшной полости, а именно дифференциальной диагностики очаговых образований в этих органах, обусловлена их распространенностью и постоянным ростом.

**Цель исследования.** На примере данного клинического случая показать эффективность УЗИ в диагностике очага заболевания и определения дальнейшей тактики ведения пациента.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось на аппарате PHILIPS EPIQ5 конвексным (С9–2) и линейным (L12–5) датчиками.

**Результаты.** Ребенок Н., 4 года, поступил в хирургическое отделение ОДКБ с жалобами на боли в животе и субфебрильную температуру. Ребенку было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости. По данным УЗИ: в проекции нижнего полюса селезенки определялось анэхогенное образование округлой формы, с четкими, ровными контурами, с гиперэхогенными перетяжками и эхогенной взвесью, размером 60×44 мм. В режиме ЦДК четких признаков кровотока не выявлено. Образование тесно прилегало к брыжейке кишечника. При проведении дифференциальной диагностики характер образования оценили по типу лимфангиомы. Ребенку выполнили диагностическую лапароскопию с резекцией подвздошной кишки. Извлеченный макропрепарат был направлен на патологоанатомическое исследование. По результатам исследования: морфологическая картина характерна для лимфангиомы.

**Заключение.** Ультразвуковое исследование является высокоинформативным, быстрым и достоверным методом обследования, позволяющим максимально точно определить дальнейшую тактику лечения пациента и приблизительно оценить объем хирургического вмешательства.

**Малиненко З. И., Донцова М. В., Козьминых Ю. А.**

*Областная детская больница, Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

## **ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Актуальность обусловлена сложностью диагностирования инвагинации кишечника у детей на ранних стадиях заболевания, когда высока эффективность безоперационного лечения.

**Цель исследования.** Выявить диагностическую ценность ультразвукового исследования в постановке диагноза кишечной инвагинации, ее форм и признаков успешной дезинвагинации.

**Пациенты и методы.** Исследования проводились на аппаратах Philips Epiq 5 и CX-50, Hitachi Hi Vision Preirus, датчиками конвексного (1–5 МГц) и линейного (13–5 МГц) сканирования. Обследовано 27 детей: 25 человек в возрасте от 6 мес до 3 лет, 2 человека в возрасте 9 и 10 лет. Ультразвуковое обследование органов брюшной полости и кишечника проводилось в первые часы поступления в стационар без специальной подготовки и без введения контрастных препаратов. Динамическое наблюдение после консервативной дезинвагинации проводилось через 3 ч, после оперативного вмешательства — в течение первых и вторых суток.

**Результаты.** В группе детей раннего возраста 20 человек поступило в первые сутки от начала заболевания. При УЗИ инвагинат имел типичную форму «мишени» или «слоеного пирога». Ранние сроки диагностики позволили выполнить консервативную дезинвагинацию. При контрольном обследовании через 3 ч данный феномен исчезал, определялись признаки утолщения стенки кишечной петли, расправившегося инвагината и незначительное усиление кровотока в стенке кишечника в режиме ЦДК. У 5 детей, поступивших на 2–3-и сут от начала заболевания, определялись признаки кишечной непроходимости, визуализация инвагината была затруднена, что потребовало проведения пневмоирригографии. Консервативное лечение на этом фоне оказалось безуспешным и было проведено оперативное вмешательство. В динамике при УЗИ определялись участки кишечника с неравномерным утолщением стенки, усилением сосудистого рисунка в них, а также лоцировались лимфатические узлы, что свидетельствовало о сопутствующих воспалительных изменениях. У двух детей старшего возраста по данным УЗИ определялись признаки транзиторной кишечной непроходимости в виде тонко-тонкокишечных инвагинатов диаметром до 1 см, самопроизвольно расправляющихся при компрессии датчиком.

**Заключение.** Метод ультразвуковой визуализации имеет высокую чувствительность в диагностике кишечной непроходимости и динамическом наблюдении за нормализацией состояния кишечника. Это позволяет уменьшить применение пневмоирригографии, снизить лучевую нагрузку, выявить другие патологии, дающие болевой синдром.

**Малинина Е. И.<sup>1</sup>, Зотова Е. П.<sup>1</sup>, Гарагашев Г. Г.<sup>1</sup>, Чабанова Н. Б.<sup>1</sup>,  
Ладина И. И.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> Городская поликлиника № 5, Тюмень, Российская Федерация

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ GESTАЦИОННОЙ ПРИБАВКИ ВЕСА И РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Патологическая прибавка веса матери во время беременности в большей степени определяется ее пищевым поведением и не зависит от уровня физической активности, что, несомненно, следует учитывать при наблюдении беременных.

**Цель исследования.** Оценить вклад патологической гестационной прибавки веса (ПГПВ) во время беременности у матери на развитие ожирения у младшего школьного возраста детей.

**Пациенты и методы.** Клинический осмотр 101 ребенка в возрасте 9–10 лет (2008 года рождения) с диагнозом E66.0 или E67.8, распределены по группам: 1-я группа — дети с ПГВП в анамнезе (n = 50); 2-я группа — дети без ПГВП (n = 51).

**Результаты.** На диспансерном учете у детского эндокринолога находились 849 детей с диагнозом E66.0 или E67.8. В антенатальном анамнезе только 5,8% матерей имели патологическую гестационную прибавку. Факторами риска ее развития были: прегравидарное ожирение (ОШ 2,5 ДИ 1,7–3,0), анемия (ОШ 2,2 ДИ 1,4–2,5), повторнородящие женщины (ОШ 5,1 ДИ 2,2–12,6). С учетом вышеизложенного мы предполагаем, что эти женщины имели микронутриентные дефициты, в частности дефицит цинка, марганца, железа, меди, кобальта и хрома. При рождении массо-ростовые показатели новорожденных не имели достоверных отличий в группах, но крупные плоды рождались только у матерей с патологической прибавкой веса. При оценке динамики весовой кривой на первом году жизни, выявлен больший прирост массы тела в первом полугодии жизни у детей, рожденных матерями с ПГПВ.

**Заключение.** Патологическая гестационная прибавка веса не является основным фактором развития ожирения у детей, но и при ее наличии увеличивается риск развития ожирения в 1,2–1,4 раза независимо от исходного ИМТ матери.

**Мальцева Ю. В.<sup>1</sup>, Кузнецова Т. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Научно-клинический многопрофильный центр им. З. И. Круглой, Орел, Российская Федерация

<sup>2</sup> Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева, Орел, Российская Федерация

## **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С МАТЕРЯМИ КАК ВАЖНОЕ УСЛОВИЕ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Ведущее место в структуре острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей занимает вирусный гастроэнтерит (ВГЭ). ВОЗ (2012 г.) и ESPGHAN (2014 г.) не рекомендуют использование антибактериальных препаратов (АБП) при лечении ВГЭ, однако в РФ, как и в ряде зарубежных стран, антибиотики необоснованно назначаются.

**Цель исследования.** Сформировать приверженность матерей к щадящей тактике лечения вирусного гастроэнтерита у детей.

**Пациенты и методы.** В отделении ОКИ детской областной больницы г. Орла сформировано 2 группы детей с ВГЭ: основная группа (ОГ), n = 259, получали оральную регидратацию (ОРР) глюкозо-солевым раствором (60 ммоль/л); группа сравнения (ГС), n = 248, помимо ОРР глюкозо-солевым раствором (90 ммоль/л), нитрофуранов и пробиотиков при T ≥ 38,0 °C получали цефалоспорины III поколения.

**Результаты.** По тяжести состояния, которая оценивалась по шкале Vesikari (VS) и Clinical Dehydration Scale (CDS), пациенты обеих групп оказались сопоставимы: средняя тяжесть (по VS ≤ 11 баллов, CDS ≤ 6 баллов) в ОГ отмечалась в 94,2% (n = 244), в ГС — 93,1% случаев (n = 231); тяжелое течение (по VS > 11, CDS > 7) соответственно в 5,6% (n = 15) и 6,8% случаев (n = 17). Всем матерям ОГ объяснялась нецелесообразность использования АБП при водянистой диарее у детей; подробно разъяснялись тактика и важность ОРР, возможные осложнения инфузионной терапии (ИТ). В ГС подобное информирование не проводилось. Сроки нормализации T, купирования диареи, рвоты в сравниваемых группах в койко-днях оказались сопоставимы: 2,8 ± 0,3 в ОГ, 4,3 ± 0,5 в ГС. ИТ в ОГ потребовалась в 17,4% случаев, в ГС — в 82% случаев. В ГС, помимо нитрофуранов, в 74,2% случаев парентерально назначались цефалоспорины.

**Заключение.** Таким образом, сформированная приверженность матерей по тактике ОРР позволила избежать антибактериальную терапию и снизить частоту ИТ в 5 раз.



**Мамчиц Л. П., Лыскина Н. В.**

*Гомельский государственный медицинский университет, Гомель,  
Республика Беларусь*

## **ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**

**Актуальность.** Грудное вскармливание — одно из наиболее гениальных проявлений естественной эволюции жизни. Феномен питания материнским молоком является «золотым стандартом» биологии питания. Частота нарушения лактации в виде гипогалактии составляет от 26,0 до 80,0%. Доказан факт благотворного влияния грудного вскармливания.

**Цель исследования.** Изучить отношение кормящих матерей к гигиеническим аспектам, связанным с грудным вскармливанием

**Пациенты и методы.** Кормящие мамы. Был проведен опрос 96 женщин г. Гомеля. С этой целью был использован модифицированный с учетом особенностей обучения в вузах вопросник, составленный на основе инструкции 2.4.2.11-14-26-2003 «Сбор, обработка и порядок представления информации для гигиенической диагностики и прогнозирования здоровья детей в системе «Здоровье — среда обитания». В опросе приняли участие женщины в возрасте 16–20 лет (19,2%), 21–30 лет (42,3%), 31–40 лет (38,6%). Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel.

**Результаты.** Первый контакт малыша с грудью в 42,3% произошел в первые сутки после рождения, в 19,2% на 2-е сут после рождения, на 3–7-й день контакт произошел в 19,2%, а 19,2% женщин отказались от кормления грудью. Только грудное молоко до 6 мес дети получали в 38,4% случаев, в 42,6% — от 6 мес и более дети находились на грудном вскармливании и в 19% вообще не получали грудное молоко. В 35% ребенок получал молоко по режиму, а в 65% — по требованию; 45% опрошенных женщин ограничивали время проведения малыша у груди, 55% не ограничивали. Многие женщины пользовались во время кормления грудью специальными устройствами. В 23% это были накладки, в 19% — крема, 30% использовали молокоотсос, и 28% женщин не использовали специальные приспособления для грудного вскармливания. 62% опрошенных мыли свои руки перед кормлением ребенка грудью, 7,6% не мыли, а 30% мыли руки не перед каждым кормлением. Большинство опрошенных женщин соблюдали гигиену мытья соска перед каждым кормлением грудью (75%). Из тех респондентов, которые мыли грудь перед кормлением, 35% использовали только воду, без специальных средств, 27% опрошенных использовали специальные средства для гигиены грудного вскармливания, 38% использовали обычное мыло или шампунь. 46% женщин сцеживали после кормления грудное молоко, 54% не сцеживали. Большая часть опрошенных сталкивались с проблемами во время кормления грудью. 30,1% опрошенных отмечали недостаточное количество молока, 11,5% отмечали избыточное количество молока, в 3,8% диагностировали мастит, 38,4% респондентов сообщили о наличии застоя молока, у 16,2% не наблюдалось никаких проблем. Большая часть опрошенных, 50%, начали вводить прикорм с 6 мес, 30% — с 3 до 6 мес, а 20% вводили прикорм с рождения. 75% женщин гуляли на свежем воздухе с ребенком на 1-м году жизни более 5 ч в сутки, 25% опрошенных проводили с ребенком на свежем воздухе менее 4 ч в сутки. Дети на 1 году жизни болели менее 4 раз в год в 60% случаев, более 4 раз в год — в 10%, не болели ни разу — в 30%.

**Заключение.** Необходимо более активное участие медицинского персонала учреждений здравоохранения в информационно-образовательной работе по гигиеническим аспектам грудного вскармливания.

**Мачнева И. В., Лебедева Е. Н., Афонина С. Н.**

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,  
Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ГРЕЛИНА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Грелин является одним из важнейших гормонов, которые принимают участие в регуляции чувства голода, возбуждают аппетит и способствуют накоплению жировой массы тела. Прибавка веса ребенка в первый год жизни является важным показателем его развития.

**Цель исследования.** Оценить содержание грелина в грудном молоке кормящих женщин Оренбургской области.

**Пациенты и методы.** Проводилось исследование грудного молока 45 кормящих женщин, проживающих на территории Оренбургской области, средний возраст которых составил  $28,7 \pm 0,77$  года. Обследуемые женщины были разделены на две группы: первородящие и повторнородящие. Определение грелина грудного молока проводилось на приборе «Иммуноферментный фотометр 680» (Bio-Rad Laboratories, Inc., США).

**Результаты.** Полученные данные показали, что содержание грелина было выше верхней границы нормы и составило в среднем  $0,375 \pm 0,045$  нг/мл (при норме  $0,0973-0,3325$  нг/мл). При этом концентрация грелина в молоке повторнородящих женщин имела тенденцию к повышению по сравнению с первородящими и составила  $0,477 \pm 0,18$  нг/мл против  $0,340 \pm 0,10$  нг/мл. Именно ацилированная форма грелина, которая определялась в молоке женщин, имеет важное значение в регуляции питания и секреции инсулина. Более высокие концентрации грелина в грудном молоке женщин Оренбуржья могут иметь адаптивное значение для организма ребенка, способствуя активации липогенеза и формированию жировой ткани в раннем детском возрасте.

**Заключение.** В результате исследования были выявлены особенности содержания грелина в грудном молоке женщин Оренбургской области. Они заключались в том, что концентрация данного адипокина имела тенденцию к повышению по сравнению с нормой, причем более высокий уровень грелина отмечался у повторнородящих женщин.

**Мингаирова А. Г.<sup>1</sup>, Павлинова Е. Б.<sup>1</sup>, Вологжанина Е. В.<sup>2</sup>, Глуценко Е. А.<sup>2</sup>,  
Томина А. И.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Омский государственный медицинский университет, Омск, Российская Федерация

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

## **СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ИВЕМАРКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА 3 МЕСЯЦЕВ**

**Актуальность.** Синдром Ивемарка характеризуется аспленией или гипоплазией селезенки, пороками сердца, аномальным расположением внутренних органов в грудной клетке и в брюшной полости. Прогноз заболевания серьезный, ребенок угрожаем по сепсису, бактериальному эндокардиту, сердечной недостаточности.

**Цель исследования.** Продемонстрировать случай диагностики синдрома Ивемарка у мальчика 1 года 3 мес.

**Пациенты и методы.** Больной К., 1 года 3 мес поступил в приемное отделение БУЗОО ОДКБ с жалобами на периодическую отрыжку кислым. Амбулаторно при проведении УЗИ абдоминального было выявлено объемное образование в подпеченочном пространстве справа, что требовало уточнения. Известно, что в 20 нед беременности у плода по УЗИ было обнаружено правостороннее расположение желудка. После рождения была выявлена инверсия органов брюшной полости и ВПС: ДМЖП мышечный и ООО. Проведены общеклинические лабораторные исследования, биохимический анализ крови, ЭКГ, ЭхоКГ, МСКТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, консультация генетика и кардиохирурга.

**Результаты.** Состояние при поступлении удовлетворительное. Физическое развитие гармоничное, микросоматотип. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Кожные покровы бледно-розовые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание свободное. Зев без острых катаральных проявлений. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания, при перкуссии ясный легочной звук. Дыхание пуэрильное с частотой 32 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 140 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень определяется слева, у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены. По данным МСКТ органов брюшной полости с контрастированием установлено, что объемное образование, обнаруженное при УЗИ, является гипоплазированной селезенкой, печень расположена под диафрагмой, «распластана под ней» симметрично-зеркально, желчный пузырь срединнорасположен, желудок расположен справа. На основании полученных данных был выставлен диагноз: Синдром Ивемарка. ВПС (гемодинамически незначимый): ООО. ОАП. Аномальное расположение органов брюшной полости (срединнорасположенная печень и желчный пузырь, праворасположенные желудок и селезенка. Гипоплазия селезенки.

**Заключение.** Ребенок в лечении не нуждался. Был выписан под наблюдение участкового педиатра с рекомендациями по вакцинации согласно национального календаря и дополнительно — против менингококковой и гемофильной инфекции. При возникновении ОРЗ, протекающего с лихорадкой, показана антибактериальная терапия.

**Мироненко И. И., Колесникова О. И., Сероклинов В. Н., Горобченко В. М.**

*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул,  
Российская Федерация*

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА БАРНАУЛА**

**Актуальность.** Физическое развитие детей является одним из важных критериев здоровья, предопределяющий гармоничность дальнейшего совершенствования ребенка и потенциал здоровья взрослого человека. Ожирение у детей создает перспективу развития многих неинфекционных хронических заболеваний.

**Цель исследования.** Оценить распространенность ожирения у школьников г. Барнаула, выявить основные факторы риска развития ожирения.

**Пациенты и методы.** Обследовано 6720 детей школьного возраста от 7 до 18 лет. Проведено антропометрическое обследование, биоимпедансметрия — в рамках исследования формируется графический протокол, содержащий значения антропометрических индексов, оценок параметров состава тела и метаболических коррелятов, а также индивидуальные нормы параметров, рассчитанные по данным пола, возраста и роста пациента, опрос и анкетирование.

**Результаты.** Отсутствие нарушений в физическом развитии отмечалось у 51%, обследованных детей. С избытком массы тела ( $Z$  1–2) 7,5% детей. С ожирением ( $Z > 2$ ) 14,5%. Среди учащихся младших классов избыток массы тела у 9,2%, ожирение у 9,7% детей. Среди учащихся средних классов избыток массы тела у 10,3%, ожирение 17,6% детей. Среди учащихся старших классов избыток массы тела у 4%, ожирение у 19%. При проведении биоимпедансметрии у детей с ожирением ИМТ (кг/м) по общепринятой методике ВОЗ, был выше пороговых значений. Жировая масса организма (кг) превышала возрастные нормы у 100% детей с ожирением. Удельный основной обмен веществ (ккал/м сут) у 72% детей с ожирением был ниже возрастной нормы. Распространенность факторов риска по хроническим инфекционным заболеваниям среди обследованных школьников: гиподинамия у 68%, нерациональное питания у 35%, пассивное курение у 37%, повышение артериального давления у 16%. Распространенность факторов риска по хроническим неинфекционным заболеваниям у детей с ожирением: гиподинамия 92%, нерациональное питание у 100%, пассивное курение у 23%, повышение артериального давления у 55%.

**Заключение.** Таким образом, распространенность ожирения у детей возрастает к старшим классам обучения в школе. Основными факторами риска этой проблемы являются гиподинамия при возрастающих по мере обучения интеллектуальных нагрузках и нерациональное питание.

**Миронова Н. В.<sup>1,2</sup>, Шаламова Н. И.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Российская Федерация

## **ИСХОДЫ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Гемолитико-уремический синдром (ГУС) является одной из частых причин острой почечной недостаточности у детей младше 5 лет. Тубулоинтерстициальный нефрит формируется в 25% случаев ГУС, также возможно развитие гломерулонефрита (Маковецкая Г. А., 2010, Зверев Д. В., 2011).

**Цель исследования.** Определить исходы ГУС у детей.

**Пациенты и методы.** На базе Областной детской клинической больницы г. Екатеринбурга проведено обследование и лечение 29 детей с ГУС. Наблюдение детей в катамнезе — от 6 мес до 7 лет.

**Результаты.** Причинами ГУС явились острая кишечная инфекция у 20 детей (у большинства из них наблюдался гемоколит), ОРВИ наблюдались у 9 детей. Клинико-лабораторными проявлениями ГУС были интоксикационный, отечный, абдоминальный, геморрагический и анемический, мочевого (протеинурия, гематурия, гемоглобинурия) синдромы, развитие острой почечной недостаточности. Все дети получали лечение в виде диализа, антикоагулянтной терапии, инфузии свежезамороженной плазмы, по показаниям — инфузию эритроцитарной массы, коррекцию КОС, электролитных нарушений. К моменту выписки из стационара (через 4–8 нед) у детей диурез был адекватен объему выпитой жидкости, нормализовались показатели общего анализа крови, азотвыделительная функция почек. Сохранялись протеинурия (0,1–0,3 г/л), микрогематурия (8–10 в п/зр), снижение относительной плотности мочи. Через 3 месяца после выписки из стационара наблюдалось восстановление концентрационной функции почек, при этом сохранялась протеинурия (0,3–0,6 г/л). По данным УЗИ отмечалась повышенная эхоплотность паренхимы. Динамическая нефросцинтиграфия с тубулотропным радиофармпрепаратом (<sup>99</sup>Tc-MAG3) зарегистрировала замедление секреции и экскреции радиофармпрепарата.

**Заключение.** Исходами ГУС является формирование тубулоинтерстициального нефрита с возможным развитием ХПН. Это требует коррекции самых начальных проявлений снижения функции почек.

**Миронова Т. А., Васильцова А. Ю., Сафаралиева С. А., Богданова Е. А.,  
Куликова С. М., Аникина А. А.**

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,  
Российская Федерация*

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, ПОПАВШИХ В ТРУДНУЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ**

**Актуальность.** Негативная ситуация в стране в последнее время сказывается на психическом, эмоциональном и социальном функционировании детей. Традиционные методы обследования не позволяют оценить психологическую и социальную дезадаптацию подростка, его отношение к своему состоянию. Качество жизни является субъективным показателем, который в сочетании с объективными медицинскими данными может обеспечить комплексный подход к оценке здоровья.

**Цель исследования.** Дать оценку качества жизни детей подросткового возраста, попавших в трудную жизненную ситуацию для своевременной коррекции и профилактики.

**Материалы и методы.** В анкетировании участвовали 80 детей подросткового возраста, в основной группе 40 человек, попавших в трудную жизненную ситуацию и 40 детей из благополучных семей (группа сравнения). Использовалась анкета НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, в которую включен опросник качества жизни MOS-SF-36.

**Результаты исследования.** Свое здоровье оценили как отличное всего 5,0% детей основной группы наблюдения, что на 15,0% реже, чем в группе сравнения (20,0%). Обращало на себя внимание, что очень хорошим и хорошим здоровьем считали 20,0 и 42,5% соответственно детей из группы сравнения, что на 10,0 и 22,5% больше, чем в основной группе наблюдения. Посредственным свое здоровье считали 20,0% респондентов из группы сравнения и 60,0% из основной группы наблюдения. Следует подчеркнуть, что 5,0% детей из основной группы наблюдения оценивали свое здоровье, как плохое, чего не зарегистрировано у сверстников из группы сравнения. По сравнению с уровнем здоровья год назад по 10,0% респондентов из каждой группы наблюдения отметили значительное улучшение своего здоровья. В то время как незначительное улучшение выявлялось только у 25,0% опрошенных школьников из группы сравнения. Изменений в состоянии здоровья не встречалось у 50,0% учащихся, а ухудшение произошло у 15,0% человек из основной группы наблюдения.

При оценке физического здоровья выявлено, что выполнение тяжелых физических нагрузок значительно затруднены у 25,0% старшеклассников из основной группы, что на 5,0% больше, чем в группе сравнения. Совсем не испытывали затруднений 20,0% детей из основной группы, что достоверно меньше, чем среди детей группы сравнения (40,0%,  $p < 0,05$ ). Умеренные физические нагрузки вызывали значительные затруднения только 10,0% детей из основной группы наблюдения, чего не встречалось у детей группы сравнения. Установлено, что незначительные затруднения возникали у 20,0% учащихся из основной группы и у 10,0% из группы сравнения. Обращало на себя внимание, что 62,5% детей из основной группы и 50,0% из группы сравнения из-за своего эмоционального состояния выполняли свою повседневную работу в меньшем объеме, чем бы они хотели. Постоянно чувство бодрости ощущали на 20,0% чаще дети из группы сравнения (25,0%,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Обучающиеся дети подросткового возраста, попавшие в трудную жизненную ситуацию, имеют более низкий уровень качества жизни по сравнению с детьми, которые не испытали такой негативный эффект. Таким образом, анализ качества жизни школьников необходим для оценки состояния их здоровья, позволяя уловить те или иные нарушения в более ранние сроки.



**Мирутко Д. Д., Волкова О. Н., Былинский Н. Н., Строгий В. В.**

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск,  
Республика Беларусь*

## **СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ И ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА У ДЕТЕЙ С КАРДИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА**

**Актуальность.** Профилактика атеросклероза и сопутствующих ему заболеваний (ожирение, гипертензия) является актуальной проблемой, начиная с детского возраста. Особый интерес представляет выявление клинико-лабораторных параллелей липидного обмена с состоянием питания, что необходимо учитывать при профилактике.

**Цель исследования.** Оценить особенности состояния питания и жирнокислотного обмена у детей с ведущими атерогенными факторами риска.

**Пациенты и методы.** Обследовано 654 ребенка 13–17 лет, имевших артериальную гипертензию, ее сочетание с ожирением и с отягощенной наследственностью по атеросклерозу. Контрольную группу составило 120 здоровых детей. Состояние питания оценивалось по результатам фактического питания в семьях детей. Расчет нутриентного состава среднесуточного (за 2 дня) рациона питания проводили с использованием пищевой ценности продуктов и готовых блюд. Анализ состава жирных кислот мембран эритроцитов проводили методом капиллярной газожидкостной хроматографии среди 25 детей, имевших нарушения липид-транспортной системы.

**Результаты.** Удельный вес насыщенных жирных кислот в суточном рационе был 14,7%, что соответствовало потреблению  $103,0 \pm 6,61$  г/сут ( $p < 0,05$  по сравнению с контролем). Уровень потребления полиненасыщенных жирных кислот соответствовал 16,5% от энергии, потребленной за счет жира (в норме 20–30%). Соотношение потребления данных соединений к насыщенным кислотам составляло 0,35 (в контроле 1,0). Уровень потребления мононенасыщенных жирных кислот в исследуемой группе составил 9,51%, что было оптимально по рекомендациям ВОЗ. В рационе отмечено увеличение потребления длинноцепочечной, насыщенной пальмитиновой жирной кислоты ( $41,41 \pm 0,5\%$ ), что составило превышение в 1,6 раз по сравнению с нормой. У 44,5% обследованных имело место сниженное содержание олеиновой кислоты. Негативным свойством является наличие  $\omega$ -7 пальмитолеиновой кислоты (2,49%), которая подвергается длительному перекисному окислению. В нашем исследовании выявлена  $\omega$ -9 дигомо- $\gamma$ -линоленовая кислота (0,60%) у 1/3 обследованных. Она является афизиологичной, т. к. из нее синтезируются эйкозаноиды с выраженными провоспалительными свойствами, вазоконстрикторным действием и активирующим агрегацию тромбоцитов.

**Заключение.** Наличие дигомо- $\gamma$ -линоленовой кислоты свидетельствует о длительно существующих нарушениях обмена жирных кислот. Выявленные особенности нарушений липидного обмена следует учитывать при разработке плана диетотерапии при первичной профилактике атеросклероза в группах риска.



**Михайловская Е. Г.<sup>1</sup>, Яшкова Л. В.<sup>1</sup>, Иго О. Л.<sup>1</sup>, Соколов А. Л.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Детская республиканская больница, Петрозаводск, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Российская Федерация*

## **ЕДИНСТВЕННЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК СЕРДЦА**

**Актуальность.** Частота данной патологии составляет около 0,13/1000 новорожденных (2,5% среди всех ВПС, 5,5% среди «критических» ВПС). В течение 1-го года жизни без лечения смертность составляет 75%. В настоящее время в ГБУЗ «ДРБ» г. Петрозаводска наблюдаются 5 детей с диагнозом «Единственный желудочек» (ЕЖ).

**Цель исследования.** Провести анализ результатов оперативного лечения детей с единственным желудочком сердца.

**Пациенты и методы.** Описание клинического случая, анализ медицинской карты стационарного больного (форма № 003/у-80) и история развития ребенка (форма № 112/у). 5 детей в возрасте до 10 лет: 3 — единственный анатомически левый желудочек с транспозицией магистральных сосудов, 2 — анатомически правый желудочек; 1 ребенок из 5 имеет праворасположенное левосформированное сердце. Период наблюдения 2013–2018 гг.

**Результаты.** Хирургическое лечение больных с ЕЖ сердца является многоэтапным. 1-й этап, как правило, паллиативный. В периоде новорожденности прооперировано 2 из 5 детей — паллиативная операция по суживанию легочной артерии (ЛА) в виду выраженной легочной гиперволемии. 2-й этап — «гемодинамическая» (одножелудочковая) коррекция, заключающаяся в создании тотального кавопульмонального анастомоза (синоним: «полный обход» правого сердца, операция Фонтена), которая также выполняется в 2 этапа. 10-летняя выживаемость после операции Фонтена составляет более 80%. Всем детям выполнены все этапы оперативной коррекции. Согласно клиническим рекомендациям, завершающий этап гемодинамической коррекции показан в возрасте 2–4 лет. Однако, 2 из 5 детей последний этап гемодинамической коррекции в виду сопутствующих состояний был выполнен в поздние сроки (8 и 9 лет жизни) на фоне выраженных признаков хронической гипоксемии; 4 из 5 детей оперированы в Российской Федерации, 1 ребенок оперирован в Германии в 2013 г.

**Заключение.** Несмотря на тяжесть данного порока, своевременное оперативное лечение позволяет достигнуть хороших показателей гемодинамики. В настоящее время состояние сердечно-сосудистой системы всех детей оценивается, как 1–2-й класс NYHA (классификация Нью-Йоркской кардиологической ассоциации).

**Мощенко Ю. П., Сапотницкий А. В.**

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск,  
Республика Беларусь*

## **ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА БАРАНОВИЧИ В 2011–2019 ГОДАХ**

**Актуальность.** Диспансерное наблюдение за детьми и подростками с врожденными пороками сердца (ВПС) составляет значительную часть работы кардиоревматологического кабинета.

**Цель исследования.** Изучение особенностей структуры ВПС у детей и подростков, состоящих на диспансерном наблюдении кардиоревматологического кабинета города Барановичи.

**Пациенты и методы.** Выполнен анализ амбулаторных карт детей и годовых статистических отчетов в 2011–2019 гг. (2011, 2015, 2019). Применены методы описательной статистики и критерий хи-квадрат.

**Результаты.** Отмечена четкая тенденция к росту абсолютного и относительного числа ВПС: 303 пациента (75,6% от общего числа детей на диспансерном наблюдении) в 2011 году, 547 (77,7%) в 2015 и 672 (79,3%) в 2019. В 2011 впервые были выявлены ВПС у 50 детей (16,8% от общего числа пациентов с ВПС), в 2015 у 181 (33,1%, что достоверно чаще, чем в 2011 ( $\chi^2 = 25,84$ ,  $p = 0,0001$ )), а в 2019 — у 161 пациента (24,0%). При этом в динамике исследуемого периода растет число детей с ВПС в возрасте до 1 года: 18 пациентов (6,0%) в 2011, 90 (16,5%) в 2015 ( $\chi^2 = 18,76$ ,  $p = 0,0001$  по сравнению с показателями 2011), 105 (15,6%) в 2019 ( $\chi^2 = 17,13$ ,  $p = 0,0001$  по сравнению с показателями 2011). Число подростков старше 15 лет с ВПС остается относительно стабильным в последние 5 лет: 12 (4,0%), 52 (9,5%) и 63 (9,4%) в 2011, 2015 и 2019 гг. соответственно. В 2019 г. значительно возросло число пациентов, снятых с диспансерного учета по причине достижения совершеннолетия: 33 ребенка (11,0%) в 2011 г., 48 (8,8%) в 2015, в 2019–266 (39,6%) ( $\chi^2 = 149,6$ ,  $p = 0,0001$  по сравнению с показателями 2015).

**Заключение.** В период 2011–2019 гг. на фоне абсолютного и относительного увеличения частоты ВПС у детей и подростков, наибольший прирост выявлен у детей первого года жизни.

**Муреева Е. Н., Панина О. С., Черненко Ю. В., Сказкина В. В., Киселев А. Р.**

*Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского,  
Саратов, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** Исследование степени взаимодействия различных систем организма является перспективным направлением развития медицины. Началом многих форм хронических заболеваний взрослого населения являются вегетативно-висцеральные дисфункции на фоне перинатальной патологии ЦНС, проявляющиеся в детском возрасте.

**Цель исследования.** Изучение особенностей вегетативной регуляции ССС у новорожденных.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось в 2 этапа на базе ГУЗ ПЦ г. Саратова. 1-й этап: ретроспективно было проанализировано 500 историй развития новорожденных, находившихся в физиологическом отделении в период с 2016 по 2018 г.; 2-й этап: было выбрано 100 детей, которым была проведена синхронная регистрация сигналов ЭКГ и ФПГ сосудов с помощью устройства психофизиологического телеметрического «Реакор-Т». Длина записи составила 15 мин. Запись проводилась во время кормления, что позволило произвести регистрацию сигналов в спокойном состоянии. Для анализа вариабельности сердечного ритма из ЭКГ была выделена последовательность КИГ.

**Результаты.** При анализе историй развития новорожденных было выявлено, что проявления вегето-висцерального синдрома были зарегистрированы в 89% случаев. Симптомы проявлений вегето-висцерального синдрома, а именно: нарушение в работе ЖКТ (частые срыгивания, эзофагит) встречается у 65% детей, изменение окраски кожных покровов — 62%, расстройства терморегуляции — 50%, недостаточная прибавка массы тела — 16%, расстройства сна — 15%, приступы кишечных колик — 15%. Было показано, что барорефлекторные регуляторные механизмы (проявляющиеся в виде низкочастотных колебаний в ритме сердца и периферическом кровотоке) у новорожденных имеют среднюю частоту 0,07 Гц. Мощность данных низкочастотных колебаний в системе кровообращения у новорожденных крайне мала. Спектральный показатель вариабельности сердечного ритма LF% (характеризует барорефлекторные влияния на сердце) у новорожденных значительно мал и в среднем составляет 22,8 (14,1–29,4). Степень синхронизации механизмов барорефлекторной регуляции сердца и периферического сосудистого тонуса (индекс S) у здоровых новорожденных составляет в среднем 20,1 (16,9–26,5).

**Заключение.** Процессы низкочастотной регуляции ритма сердца и периферического кровенаполнения у новорожденных не синхронизированы между собой, что проявляется в низких значениях индекса суммарного времени их фазовой синхронизации. Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта президента РФ МК-2492.2019.8.

**Мусаев С. Н., Мамедова С. Н.**

*Азербайджанский республиканский медицинский университет, Баку,  
Азербайджанская Республика*

## **ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Семейная средиземноморская лихорадка, или периодическая болезнь (ПБ), — наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, связанное с наличием мутантного гена *MEFV* (Mediterranean FeVer), встречающегося в определенных этнических группах. Пациенты с ПБ нередко страдают от ошибочных диагнозов.

**Цель исследования.** Ретроспективный анализ историй болезней с диагнозом ПБ.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ медицинской документации 16 больных (8 девочек и 8 мальчиков) в возрасте 3–10 лет с уточненным диагнозом ПБ, которые поступили в кардиоревматологическое отделение Учебно-терапевтической клиники АМУ. Все больные — азербайджанцы по этнической принадлежности. Был проанализирован семейный анамнез: в 7 случаях отмечалось кровнородственные браки, у 2 больных семейный анамнез был отягощен по периодической болезни. У каждого пациента был изучен анамнез болезни, клинические проявления, лабораторно-инструментальные показатели.

**Результаты.** Семеро пациентов поступили с направляющим диагнозом реактивного артрита, с преимущественным поражением крупных суставов. Несмотря на проводимое лечение, через определенное время у больных отмечались повышение температуры, артралгия. Шестеро больных поступили с диагнозом лихорадки неясного происхождения. Высокая температура держалась 12–48 ч и сопровождалась у 4 больных болями в животе, у двух — болями в животе, грудной клетке и в суставах. По поводу боли в животе год назад 1 больному проведена аппендэктомия, однако изменения в состоянии пациента не произошли. Трое пациентов поступили с диагнозом дискинезии желчевыводящих путей. У них периодически отмечались отсутствие аппетита, задержка стула, тошнота, повышение температуры. У всех больных в период приступа отмечалось повышение острофазовых реактантов, у 5 больных транзиторно — микрогематурия и протеинурия. На основании тщательно собранного анамнеза, проведения молекулярно-генетического обследования диагноз ПБ подтвержден во всех 16 случаях. После назначения соответствующего лечения состояние больных изменилось в лучшую сторону.

**Заключение.** Представленная симптоматика ПБ может встречаться в практике педиатров и детских ревматологов. Правильно собранный анамнез, молекулярно-генетическая диагностика и выбор адекватной терапии позволяют предотвратить необоснованное оперативное вмешательство, а также улучшить качество жизни пациентов.

**Намазова А. А. кызы, Мамедова Ф. М. кызы, Гасанов А. Г. оглы,  
Гидаятова Л. А. кызы, Мамедов С. Б. оглы**

*Азербайджанский республиканский медицинский университет, Баку,  
Азербайджанская Республика*

## **ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВОВ**

**Актуальность.** Диастолическая дисфункция (ДД) сердца, особенно доклиническая ДД (pre-clinical diastolic dysfunction), считается важным предиктором сердечной недостаточности. При этом высока Актуальность. выявления ДД у детей с дефектами развития соединительной ткани, к которым относится гипермобильность суставов.

**Цель исследования.** Целью исследования являлось изучение особенностей ДД у детей с гипермобильностью суставов (ГМС).

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 26 детей с ГМС в возрасте 8–16 лет. Оценку ГМС проводили согласно шкале Beighton (в обследование были включены дети с суммой баллов 4–9). Группу сравнения составили 12 детей соответствующего возраста без выраженных признаков ГМС (оценка по шкале Beighton 0–3 балла). Всем детям проводилась доплерэхокардиография для выявления МАС и определения параметров, характеризующих диастолическую функцию левого желудочка. Полученные данные были обработаны методами вариационной статистики с использованием непараметрических критериев (U-критерий Манна–Уитни).

**Результаты.** Из 26 детей с ГМС у 18 (69,2%) были обнаружены различные МАС: пролапс митрального клапана — у 14 детей (53,8%), пролапс трикуспидального клапана — у 3 детей (11,5%), аномальные хорды левого желудочка — у 4 детей (15,4%), аневризма межпредсердной перегородки — у 1 ребенка (3,8%). 4 (15,4%) пациентов имели сочетанные МАС. При сравнении эхокардиографических показателей было установлено, что у 10 (38,5%) пациентов с ГМС (преимущественно, у детей с сочетанными МАС и/или митральной регургитацией) были выявлены изменения, характерные для ДД (уменьшение соотношения E/A трансмитрального кровотока (на 16,8% по сравнению с детьми без ГМС;  $p < 0,01$ ), увеличение времени замедления кровотока в раннюю диастолу (DT) (на 12,4%;  $p < 0,05$ ) и времени изоволюмического расслабления ЛЖ (IVRT) (на 17,5%;  $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Таким образом, на данном этапе исследования было установлено, что у детей с ГМС достаточно высока частота МАС, что повышает риск развития ДД и требует дальнейшего изучения проблемы с целью разработки превентивных мер по предотвращению развития сердечной недостаточности.

**Намазова-Баранова Л.<sup>1,2</sup>, Шпеер Е.<sup>3</sup>, Хабиб А.<sup>4</sup>, Повей М.<sup>4</sup>, Денисов М.<sup>5</sup>, Ковширина Ю.<sup>6</sup>, Решетко О.<sup>7</sup>, Романенко В.<sup>8</sup>, Щербаков М.<sup>3</sup>, Таточенко В.<sup>9</sup>, Касабона Д.<sup>4</sup>**

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

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> Компания «ГлаксoСмитКляйн Байолоджикалз С. А.», Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> Компания «ГлаксoСмитКляйн Байолоджикалз С. А.», Вавр, Бельгия

<sup>5</sup> Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Российская Федерация

<sup>6</sup> Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Российская Федерация

<sup>7</sup> Саратовский государственный медицинский университет, Саратов, Российская Федерация

<sup>8</sup> Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Российская Федерация

<sup>9</sup> Национальный медицинский научно-исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И НАПРЯЖЕННОСТЬ ИММУННОГО ОТВЕТА ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ЖИВОЙ АТТЕНУИРОВАННОЙ ВАКЦИНОЙ, СОДЕРЖАЩЕЙ ВИРУС ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕСЯТИЛЕТНЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С УЧАСТИЕМ РОССИЙСКИХ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Двудозовая схема назначения комбинированной вакцины против кори, эпидемического паротита, краснухи и ветряной оспы (MMRV) производства ГСК обеспечивала высокую протективную эффективность у детей в отношении заболевания ветряной оспы в течение 10 лет после вакцинации (NCT00226499).

**Цель исследования.** Оценить эффективность вакцины (ЭВ) и напряженность иммунного ответа против ветряной оспы через 10 лет после двухдозовой вакцинации российских детей многокомпонентной вакциной против кори, краснухи, паротита и ветряной оспы в сравнении с общей популяцией вакцинированных в данном КИ детей.

**Пациенты и методы.** Данное международное клиническое исследование долгосрочного наблюдения включало детей, рандомизированных в возрасте 12–22 мес в соотношении 3:3:1 (2 дозы тетравакцины MMRV [MMRV группа], 1 доза тривакцины MMR и 1 доза моновакцины против ветряной оспы [MMR + V группа], или 2 дозы тривакцины MMR [контрольная группа, не получившая прививку против ветряной оспы], с интервалом 42 дня). ЭВ оценивали начиная с 6 нед и до 10 лет после вакцинации. Персистирование антител против вируса ветряной оспы (ВВО) оценивали методом ELISA у детей, соблюдавших временные интервалы взятия крови с момента вакцинации против ветряной оспы в виде тетравакцины или отдельно вводимых тривакцины против кори, эпидемического паротита, краснухи и моновакцины против ветряной оспы и до 10 лет после. Также оценивалась реактогенность/безопасность в течение 43 дней после вакцинации (в первых двух подгруппах участников). Третья группа служила группой сравнения для изучения других показателей (эти данные не вошли в тезисы).

**Результаты.** Из 1000 вакцинированных в России (средний возраст: 12,7 мес) и 5803 в исследовании в целом по миру (14,2 мес) когорты оценки эффективности, взятой на десятый год исследования, включала 900 и 5289 участников соответственно. В когорте российских участников ЭВ против всех случаев ветряной оспы составила 92,4% (95% доверительный интервал 82,3–96,7%) в группе MMRV (n = 378) и 74,7% (55,5–85,6%) в группе MMR + V (n = 392). Для сравнения, в общем исследовании показатели составили 95,4% (94,0–96,4%) (n = 2279) и 67,2% (62,3–71,5%) (n = 2266) в группах MMRV и MMR + V соответственно. Анти-ВВО антитела сохранялись в течение 10 лет, среднегеометрические титры (СГТ) были сходными между группами MMRV и MMR + V (Российская Федерация: СГТ = 631,0 мМЕ/мл [380,7–1045,8 мМЕ/мл] в группе MMRV [n = 27], СГТ = 520,7 [355,1–763,6] в группе MMR + V [n = 22], общее исследование: СГТ = 471,3 [443,2–501,2] в группе MMRV [N = 1169], СГТ = 404,6 [373,0–438,8] в группе MMR + V группа [n = 831]). Частота любых опрашиваемых/неопрашиваемых нежелательных симптомов сопоставимы между группами MMRV и MMR + V; профиль переносимости в российской популяции был сопоставим с таковым в исследовании в целом.

**Заключение.** В когорте российских участников, как и в исследовании в целом, двудозовая схема вакцинации MMRV обеспечивала долговременную защиту от ветряной оспы и индуцировала гуморальный иммунный ответ против ВВО, сохранявшийся в течение 10 лет после вакцинации. Финансирование: ГлаксoСмитКляйн Байолоджикалз С. А.



**Науменко Е. И., Самошкина Е. С., Зюбина Е. А., Матюшкина В. А.**

*Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева, Саранск,  
Мордовская Республика, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

**Актуальность.** Сохранение репродуктивного здоровья подрастающего поколения является одним из основополагающих компонентов стратегии демографической безопасности страны. Характер формирования менструальной функции девочек-подростков является интегральным показателем зрелости и функциональных возможностей половой системы.

**Цель исследования.** Оценить клинико-гормональные особенности у девочек-подростков с различными формами нарушений менструального цикла.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни девочек-подростков, средний возраст  $13 \pm 1,2$  лет, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ РМ ДРКБ. Пациентки были разделены на 2 группы: первая ( $n = 30$ ) — девочки с нарушением менструального цикла по типу олигоменореи (НМЦо), вторую группу составили 30 девочек с нарушением менструального цикла по типу маточных кровотечений пубертатного периода (НМЦк). Всем девочкам проведено комплексное обследование, включающее оценку анамнеза, соматического и гинекологического статуса определения уровня гонадотропных гормонов, пролактина, половых стероидов на 5–6-й и 19–21-й день менструального цикла.

**Результаты.** Отягощенная наследственность в виде НМЦ у матерей выявлена в 45% девочек с НМЦо, девочек второй группы данный показатель составил у 15% ( $p < 0,05$ ). У девочек первой группы в половине наблюдений регистрировалась избыточная масса тела и ожирение (SD ИМТ более 1,5), у девочек с маточными кровотечениями в 35% случаев отмечался дефицит массы тела (SD ИМТ менее 1,0). Клинически НМФ по типу олигоменореи проявлялось жалобами на нерегулярный цикл с начала менструальной функции, скудные менструации. У 55% девочек продолжительность менструального цикла составила от 28 до 35 дней, у 30% — от 1 до 3 месяцев, у 15% — больше 6 мес. Продолжительность менструаций варьировала от 2 до 7 дней. Кроме нарушений менструального цикла отмечались жалобы на угревую сыпь, повышенный рост волос по белой линии живота, верхней губе и внутренней поверхности бедра. При НМЦк отмечались жалобы на длительные, обильные, кровянистые выделения из половых путей, продолжительностью от 7 до 20 дней. Длительность менструального цикла составляла от 23 до 30 дней. Преобладающий возраст менархе в первой группе 13–14 лет (60%), во второй группе 11–12 лет (70%). Позднее наступление менархе (старше 15 лет) выявлено только в группе девочек с НМКо (6,6%). У девочек первой группы отмечалось повышение ( $p < 0,05$ ) средних показателей уровня пролактина по сравнению с пациентами второй группы ( $580 \pm 58$  мкМе/мл против  $350 \pm 32$  мкМе/мл). У половины девочек с олигоменореей выявлено снижение уровня прогестерона во вторую половину менструального цикла. Также, в данной группе у 10% девочек отмечалось повышение уровня тестостерона и ДГЭА во вторую фазу, однако, отношение ЛГ/ФСГ было нормальным. У девочек из группы НМЦк отмечено удлинение I фазы в 25% случаев за счет повышения уровня эстрадиола выше 166 пг/мл.

**Заключение.** У девочек с нарушением менструального цикла по типу олигоменореи чаще выявлялась отягощенная наследственность, было выявлено более выраженное изменение гормонального профиля, проявлявшееся в виде умеренной гиперандрогении, гиперпролактинемии и недостаточности прогестерона во вторую фазу менструального цикла. У девочек с маточными кровотечениями отмечалось повышение уровня эстрадиола в первую фазу цикла.



**Нестерович О. Н., Поликарпов Р. В., Шин В. Ф.**

*Детская городская больница № 1, Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

**АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ  
9–11-х КЛАССОВ ШКОЛ г. РОСТОВА-НА-ДОНУ О ТЕМЕ  
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ  
В ПРОЕКТЕ «РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК —  
ГАРАНТИЯ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ»**

**Актуальность.** Сегодня демография в России характеризуется высокой степенью мужского и женского бесплодия. Стратегически важным являются вопросы сохранения репродуктивного здоровья детей, так как нарушения специфических функций организма взрослой женщины во многом формируются в детском возрасте.

**Цель исследования.** Получение информации об осведомленности девочек-подростков о репродуктивном здоровье.

**Пациенты и методы.** Анонимное анкетирование девочек-подростков (n = 504).

**Результаты.** По итогам анкетирования была выявлена очень низкая информированность девочек-подростков о базовых вопросах репродуктивного здоровья. О гинекологических заболеваниях знают 232 девочки (46%), о заболеваниях, связанных с молочными железами 265 девочек (52,5%), о лечебных учреждениях, в которых они могут получить специализированную гинекологическую помощь 104 девочки (20,6%). Выражают доверие в обсуждении данной темы к родителям 316 девочек (63%), доверяют врачу-гинекологу 68 девочек (13,4%), доверяют интернету 46 девочек (9,1%) и не обсуждают данную проблему 74 девочки (14,5%).

**Заключение.** Основная задача исследования актуализация и анализ данной проблемы, а в рамках проекта возможность увеличения процента раннего обращения к гинекологу, своевременного выявления гинекологической патологии, повышение доверия к специалисту и конечный результат снижение заболеваемости у девочек.

**Нечаев В. Н., Черненко Ю. В., Эйберман А. С.**

*Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского,  
Саратов, Российская Федерация*

## **ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** Антенатальная диагностика и коррекция патологии плода — важнейший компонент перинатологии. Существует множество диагностических медико-генетических методов для распознавания ВПР. УЗИ экспертного класса выступают в качестве верифицирующих методов.

**Цель исследования.** Получить данные по структуре и частоте ВПР новорожденных, разработать программу профилактики и коррекции данной патологии.

**Пациенты и методы.** За 11 мес 2019 года в Клиническом перинатальном центре Саратовской области проанализированы данные о 3067 УЗИ беременных. Антенатально выявлено 72 пациентки (2,3%), беременности которых с аномальным плодом были прекращены досрочно (хромосомные и генетические аномалии), что в общей структуре выявленных пороков развития составило 51,1%. В постнатальном периоде ВПР диагностированы у 69 детей (2,2%), из них 13 (18,8%) потребовалось ранняя хирургическая коррекция. По данным ОРИТН, в структуре причин гибели доношенных детей ВПР заняли 2-е место.

**Результаты.** У 17 новорожденных (24,6%) были тяжелые ВПР, на этапе родильного дома умерло 3 ребенка (4,3%). Пороки ЦНС составили 15,3%, лица и шеи — 4,7%, сердечно-сосудистой системы — 29,4%, дыхательной — 2,3%, органов ЖКТ — 3,5%, костно-мышечной — 11,7%, мочевой — 24,7%, половых органов — 4,7%, кожи и ее придатков — 1,1%, прочие пороки развития (опухоли) — 2,3%, множественные пороки — 4,6%. Ведение беременных и родоразрешение в КПЦ СО осуществляется согласно комплексной программе профилактики и коррекции врожденных аномалий развития: преконцепционная профилактика; выделение женщин группы риска; система мониторинга, поэтапное обследование и консультирование генетика; своевременное выявление аномалии развития; прерывание беременности с инкурабельным пороком развития плода, современные организационные и лечебно-диагностические мероприятия, включающие хирургическую коррекцию; комплексная реабилитация. В зависимости от показаний необходимо более настойчивое внедрение в широкую практику инвазивных методов исследования, особенно при наличии акушерских осложнений беременности. Прогноз при ВПР зависит от тяжести патологии, осложнений, возможности хирургической коррекции, адаптационных возможностей.

**Заключение.** Наблюдается рост малых аномалий и снижение частоты множественных пороков развития. Комплексная программа профилактики и коррекции позволила уменьшить число детей с инкурабельными ВПР (на 8,3%), повысить процент выявляемых дефектов при УЗИ плода на 11%, улучшить качество жизни этих детей.

**Никитин С. С.<sup>1</sup>, Гусева Н. Б.<sup>2</sup>, Уквальберг М. Е.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация*

## **УРЕТРО-ВАГИНАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Нарушения мочеиспускания, регистрируемые при урофлоуметрии у некоторых пациентов (1:1500 пациентов уродинамической лаборатории) не укладываются ни в один из известных типов и соответствуют «двухэтапному мочеиспусканию», которое может проявляться при наличии уретро-вагинального рефлюкса.

**Цель исследования.** Определить алгоритм диагностики и лечения уретро-вагинального рефлюкса у детей.

**Пациенты и методы.** Три девочки в возрасте 11–12 лет, обратились по поводу недержания мочи в дневное время при наполненном мочевом пузыре и лейкоцитурии. Проведен мониторинг урофлоуметрии — 2 дня, УЗИ мочевого пузыря и органов малого таза, цистоскопия, уродинамическое исследование, осмотр гинеколога. Лечение — когнитивные и бихевиоральные методики, направленные на формирование правильного питьевого поведения, режима мочеиспусканий, препараты группы уросептиков, методы физиолечения. Через год оценка результатов проведением урофлоуметрии, УЗИ и исследованием анализа мочи.

**Результаты.** При урофлоуметрии выявлено «двухэтапное мочеиспускание» — опорожнение с нормальными характеристиками потока, после чего следует полный перерыв потока на 3–20 сек, затем — вторая волна опорожнения, на 20–30% меньшая по объему, чем первая. При исследовании мочи выявлена лейкоцитурия. При УЗИ мочевого пузыря при наполненном мочевом пузыре выявлено наличие дополнительного резервуара с жидкостью (в объеме 30–100 мл) в проекции влагалища, который не визуализировался после опорожнения. При прерывании мочеиспускания после «первого этапа» опорожнения, уринокольпос сохранялся. Исключены везико-вагинальный свищ, эктопия устья мочеточника во влагалище. На цистоскопии выявлен хронический гранулярный цистит. Цистометрия — норма, профилометрия уретры — снижение замыкательной функции уретрального сфинктера. Осмотр гинеколога — вульвовагинит, в положении лежа задняя спайка частично перекрывает меатус, подтекающая при напряжении из уретры моча выделяется во влагалище. Вагинальный рефлюкс устранен консервативной терапией (уросептики, режим питья и мочеиспусканий, стимуляция замыкательной активности уретрального сфинктера) за год.

**Заключение.** Урофлоуметрический феномен двухэтапного мочеиспускания позволяет предполагать наличие уретро-вагинального рефлюкса и уринокольпоса, которое подтверждается УЗ-диагностикой. При исключении эктопии устья мочеточника, консервативное лечение в течение года позволяет устранить данное нарушение.

**Никитин С. С.<sup>1,2</sup>, Сергеева Т. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Петрозаводский государственный университет,*

<sup>2</sup> *Детская республиканская больница, Петрозаводск, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ «БАТУТНОЙ» ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** С вводом в эксплуатацию развлекательных батутных центров, детским травматологам и хирургам приходится сталкиваться с новым видом травмы — «батутная травма». За 4 года такие повреждения составили 2,31% от общего числа детей, госпитализированных в травматологическое отделение.

**Цель исследования.** Исследовать механизмы повреждений при «батутной травме» у детей.

**Пациенты и методы.** Обследовано 70 пациентов стационара за 4 года, получивших травму в батутных центрах Петрозаводска (возраст 9–12 лет, девочки 47%, мальчики 53%). Проводился клинический осмотр, рентгенологическое исследование, по показаниям — спиральная компьютерная и магнитно-резонансная томография, статистическая обработка данных и изучение статистики посещения детьми батутных центров.

**Результаты.** До 0,67% детей, посещающих батутный центр, получают травму. Выявлены следующие механизмы повреждений: падение на спину, ягодицы, ноги и на руки, удар о бортик батутного ограждения при неудачном выполнении акробатических трюков; 40% детей получили травму позвоночника (компрессионные переломы, ушибы, ротационный подвывих С1), 36% травму рук (переломы костей предплечья, вывихи в локтевом суставе), 14% перелом бедра, 10% сотрясение головного мозга. В момент получения травмы дети на батутах занимались без контроля инструктора. Состояние детей при поступлении в 10% расценено как тяжелое, 42% — средней тяжести, в 48% — удовлетворительное. Основными методами лечения являлись репозиция переломов (закрытая и открытая с металлоостеосинтезом ТЭНами), постельный режим, симптоматическая терапия. Оперировано 40% детей с батутной травмой. Срок госпитализации 1–44 дня (средний 15 койко-дней). Реабилитационные мероприятия в восстановительный период занимают в среднем 75 дней. Детям после металлоостеосинтеза требовалась повторная госпитализация для удаления металлоконструкции. Период ограничения нагрузок наиболее длительный — при компрессионных переломах позвоночника, составлял до 8 мес.

**Заключение.** «Батутная травма» — достаточно тяжелый вид травмы, который на длительный период времени вводит серьезные ограничения в жизнь пациентов. Понимание данного обстоятельства определяет выполнение техники безопасности ребенком и инструктором при посещении батутных центров.

**Никитин С. С.<sup>1</sup>, Сергеев В. Е.<sup>1</sup>, Сергеева Т. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Петрозаводский государственный университет, Медицинский институт, Петрозаводск, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Детская республиканская больница, Петрозаводск, Российская Федерация*

## **КОМПРЕССИОННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Компрессионный перелом позвоночника является очень серьезной травмой, требующей длительного лечения и реабилитации. В связи с этим необходимо проведение исследований выявляющих причины и механизмы получения таких травм, для предложения более эффективных методов их профилактики.

**Цель исследования.** Изучить причины увеличения количества компрессионных переломов позвоночника у детей.

**Пациенты и методы.** Проанализировано 85 историй болезней детей от 2 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в травматологическом отделении детской республиканской больницы г. Петрозаводска с 2014 по 2018 г. с диагнозом неосложненного компрессионного перелома позвоночника.

**Результаты.** Дети с компрессионными переломами позвоночника за 5 лет составили 2,02% от общего числа детей, госпитализированных в травматологическое отделение по поводу травм. С 2014 по 2018 г. наблюдается рост количества детей, получивших компрессионные переломы позвоночника относительно всех остальных пациентов: с 2014 — 1,2% (9 детей) до 3,5% (24 ребенка) в 2018 г. Наиболее часто с компрессионными переломами позвоночника госпитализировались дети от 7 до 13 лет. Из числа госпитализированных детей мальчики составили 52%, девочки 48%. При поступлении в стационар пациенты описывали следующие механизмы полученных повреждений — падение на спину, ягодицы, ноги, падение на спину тяжелого предмета. Чаще всего травмы были получены при падении с высоты не более 2,5 м — 47% (40 детей). Также стоит отметить вторую по частоте причину, это травмы полученные в батутных центрах — 14,1% (12 детей). В 2017 и 2018 гг. компрессионные переломы позвоночника полученные в батутных центрах составили 22 и 20% от общего количества компрессионных переломов, что вызвало рост встречаемости таких травм.

**Заключение.** 1. Компрессионные переломы позвоночника чаще были получены при падении с высоты не более 2 м. 2. Наиболее подвержены компрессионным переломам дети от 7 до 13 лет. 3. Рост количества компрессионных переломов у детей за последние 5 лет связан с открытием батутных центров.

**Николаева К. И.<sup>1,2</sup>, Савченко Н. В.<sup>1</sup>, Уфимцева М. А.<sup>1</sup>, Подымова А. С.<sup>3</sup>, Струин Н. Л.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Российская Федерация

<sup>2</sup> вердловский областной кожно-венерологический диспансер, Екатеринбург, Российская Федерация

<sup>3</sup> Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД, Екатеринбург, Российская Федерация

## **МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕРМАТОЗОВ И ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ ДЕТЕЙ СОЦИАЛЬНО УЯЗВИМЫХ ГРУПП**

**Актуальность.** Дети-сироты и дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, являются группой, требующей особого внимания общества и государства: регистрируются более низкие показатели выявленных заболеваний кожи; данные дети являются группой риска по заболеваемости ИППП, в том числе, ВИЧ-инфекцией.

**Цель исследования.** Повышение эффективности оказания медицинской помощи детям социально уязвимых групп по профилю «дерматовенерология».

**Пациенты и методы.** Проведено клинико-инструментальное обследование 378 детей социально уязвимых групп, от 4 до 17 лет, 201 (53,2%) мальчик, 177 (46,8%) девочек. С целью изучения показателей психоэмоционального состояния использованы проективные методики психодиагностики: восьмицветовой тест М. Люшера (в модификации Л.Н. Собчик), тест восьми влечений Л. Сонди (в модификации Л.Н. Собчик). Для оценки эффективности мероприятий по профилактике ИППП, в том числе, ВИЧ-инфекции, основная группа (88 чел.) прошла обучение на семинарах с психолого-педагогическим сопровождением (ППС), контрольная (88 чел.) информировалась в форме традиционных семинаров.

**Результаты.** Из 378 детей исследуемой группы у 283 (74,9%) выявлены кожные заболевания, из них хронические дерматозы — у 197 (52,1%). Заболевания кожи, которые могут потребовать решения вопроса о профориентации ребенка — у каждого восьмого подростка (11,8%), определения категории годности к военной службе — у 23,4% лиц мужского пола. Получены новые данные о показателях психоэмоционального состояния детей, напряженности-фрустрированности потребностной сферы: оптимальная мобилизация физических, психических ресурсов определена лишь у 48,5% подростков. 44,1% подросткам свойственна напряженность потребностей: сексуальные влечения (44,3%); потребность к разрушению и саморазрушению (43,1%); поиск удовольствий как проявление маниакальности (43,1%), что обуславливает актуальность проведения обучающих семинаров по вопросам профилактики ИППП, ВИЧ-инфекции. Установлена более высокая результативность мероприятий по профилактике ИППП, ВИЧ-инфекции, в форме семинаров ППС, по сравнению с семинарами, проведенными в традиционной форме: уровень знаний о методах профилактики ИППП, ВИЧ-инфекции был достоверно выше в группе детей, посещающих обучающие семинары с ППС.

**Заключение.** Разработана модель профилактики дерматозов, ИППП среди детей социально уязвимых групп, содержащая маршрутизацию, виды оказания медицинской помощи, профилактические мероприятия, с учетом взаимодействия педиатрической, дерматовенерологической служб, специализированных учреждений для несовершеннолетних.

**Новикова В. И., Журавлева Л. Н.**

*Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,  
Витебск, Республика Беларусь*

## **КОНЦЕНТРАЦИЯ КАТЕЛИЦИДИНА LL-37 ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЯХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** Патология дыхательной системы является одной из основных причин высокой заболеваемости новорожденных детей, а особенно среди группы недоношенных детей. И одним из наиболее тяжелых ее проявлений являются врожденные пневмонии и респираторный дистресс-синдром.

**Цель исследования.** Определение уровня кателицидина LL-37 у недоношенных новорожденных с целью прогнозирования развития осложненного течения респираторных нарушений.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находилось 43 новорожденных с дыхательными расстройствами (25 детей с врожденной пневмонией и 18 детей с респираторным дистресс-синдромом), группу сравнения составили 20 условно здоровых новорожденных без патологии респираторного тракта. Все дети с дыхательными расстройствами были недоношенные с гестационным возрастом 28–36 нед, массой тела при рождении 870–2280 г. В сыворотке крови и ТА определяли кателицидина LL-37 методом ИФА при помощи поликлональных антител с использованием реактивов Fine Test. Объектом исследования была сыворотка крови (у всех детей) и трахеобронхиальный аспират (ТА) (у детей на ИВЛ).

**Результаты.** Уровень кателицидина LL-37 в сыворотке крови на 1–2-е сутки жизни был значительно повышен у детей респираторными нарушениями, чем у детей группы сравнения (1,6 [0,8–2,3]), причем самая высокая концентрация отмечалась в группе детей с врожденной пневмонией (3,54 [2,48–4,87]). Содержание кателицидина на 10–14-е сут исследования было достоверно выше при врожденной пневмонии ( $p < 0,001$ ), чем у недоношенных без респираторных заболеваний и выше чем у детей с РДС ( $p < 0,001$ ). Нами была выявлена достоверная ( $p < 0,05$ ) положительная корреляционная взаимосвязь между уровнем кателицидина LL-37 в ТА в 1–2-е сутки жизни и длительностью ИВЛ ( $R = 0,4$ ;  $p = 0,001$ ), антибактериальной терапии ( $R = 0,25$ ,  $p = 0,003$ ). Также мы определили, что уровень кателицидина LL-37 в трахеальном аспирате недоношенных новорожденных 6,2 нг/мл может служить диагностическим критерием прогностически длительного и осложненного течения заболевания. Указанный предиктор характеризуется очень хорошей диагностической ценностью: AUC 0,79 (25–75 IQR 0,63–0,92). Данный тест позволяет выявить развитие осложнений при пневмонии и своевременно провести профилактические мероприятия и/или назначить адекватное лечение.

**Заключение.** Уровни антимикробного пептида кателицидина LL-37 в сыворотке крови и ТА отражают клиническое течение врожденной пневмонии и РДС. Повышение уровня LL-37 в сыворотке крови и ТА выявлено при тяжелом течении врожденной пневмонии.



**Овчинникова О. В., Сенькевич О. А.**

*Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск,  
Российская Федерация*

## **НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В 12 МЕСЯЦЕВ СКОРРИГИРОВАННОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** У недоношенных детей существует высокий уровень долговременных нарушений нервно-психического развития и хронические проблемы со здоровьем недостаточная социальная компетентность, неготовность к образовательной деятельности, особенности поведения, что, при сохранении ряда психоневрологических, вегето-висцеральных и нейроэндокринных расстройств может стать причиной инвалидности и привести к снижению качества жизни.

**Цель исследования.** Изучить нейрофизиологические особенности детей, родившихся от ранних преждевременных родов и достигших 12 месяцев скоррегированного возраста.

**Пациенты и методы.** Методом типической выборки проведено когортное проспективное исследование неврологического и нейрофизиологического статуса 44 детей, рожденных от ранних преждевременных родов (до полных 32 нед беременности). Результаты исследования сравнивались с клиническими и лабораторными данными 20 условно здоровых детей контрольной группы. Анализ данных выполнен с использованием пакета статистических программ STATISTICA, приведены результаты с достоверностью  $p < 0,055$ .

**Результаты.** Изучение нейрофизиологических особенностей детей, родившихся до 32 нед гестации, проводилось в возрасте  $12 \pm 2,3$  мес скоррегированного возраста, в исследование были включены 23 мальчика ( $52,2 \pm 7,53\%$ ) и 21 девочка ( $47,8 \pm 7,53\%$ ). Особенностью неврологического статуса детей основной группы было преобладание патологических изменений со стороны ЦНС, всего 21 ребенок был с физиологическим состоянием ЦНС было ( $47,7 \pm 7,52\%$ ). Детский церебральный паралич был диагностирован у 11 детей ( $25 \pm 6,52\%$ ), одинаково часто встречался синдром ликвородинамических нарушений (гидроцефальный синдром) и энцефалопатия сложного генеза (по 9 детей,  $20,4 \pm 6,07\%$ ). Выраженные когнитивные, речевые нарушения были выявлены в 8 случаях ( $18,2 \pm 5,81\%$ ), синдром двигательных нарушений — в 7 ( $15,9 \pm 5,51\%$ ); легкие и умеренно выраженные речевые, эмоционально-волевые, когнитивные нарушения — у 8 детей ( $18,2 \pm 5,81\%$ ). Фокальная эпилепсия, синдром гипервозбудимости, хромосомные болезни (синдром Дауна, Клайнфельтера) встречались с равной частотой — по 2 случая (по  $4,5 \pm 3,12\%$ ). На электроэнцефалографии (ЭЭГ) наиболее часто было диагностировано уплощение кривой ЭЭГ в лобных отведениях ( $29,5 \pm 6,87\%$ ) и замедление формирования возрастной корковой ритмики (12 детей,  $27,3 \pm 6,7\%$ ), второе ранговое место занимала дисфункция регуляторных систем (10 детей,  $22,7 \pm 6,31\%$ ). Снижение функциональной активности ЦНС встречалось в 11,36  $\pm$  4,78% случаев (5 детей) дисфункция корково-подкорковых структур — в  $4,54 \pm 3,13\%$  (2 ребенка), формирование возрастной корковой ритмики наблюдалось только у 4 детей ( $9,0 \pm 4,31\%$ ). При определении слухового и зрительного (на вспышку) вызванных потенциалов (ВП): (Нейро-МВП Copyright 2012–2018 НейроСофт) было выявлено, что замедление внутристволового проведения слухового ВП на понто-мезенцефальном уровне было диагностировано у 7 детей ( $15,9 \pm 5,51\%$ ), что свидетельствует о нарушении афферентации слухового стимула на уровне ствола мозга и может быть как проявлением морфофункциональной незрелости, так и клиническим маркером патологических состояний ЦНС и нарушения слухового восприятия в высших отделах нервной системы, обусловленных перинатальной патологией. Зрительная афферентация в кору была сохранена у 12 обследуемых детей ( $27,3 \pm 6,71\%$ ), нарушение зрительной афферентации по аксональному и демиелинизирующему типу было выявлено у 4 детей ( $9 \pm 4,31\%$ ), что обусловлено снижением импульсного потока по волокнам, и, как следствие, уменьшением числа активных нейронов в ответ на зрительный стимул, что является проявлением морфофункциональной незрелости и может быть реализовано в виде нарушения зрения.

**Заключение.** Установлено, что у детей, родившихся от ранних преждевременных родов (32 и менее нед гестации) и достигших возраста  $12 \pm 2,3$  мес скоррегированного возраста, существуют особенности неврологического статуса и нейрофизиологические изменения. Для таких детей типичны патологические симптомы со стороны ЦНС в виде ДЦП, проявления энцефалопатии, выраженные когнитивные, речевые нарушения. Дети без патологических изменений со стороны ЦНС (около 50%), с легкими и умеренными нарушениями со стороны ЦНС (около 20%) в 12 мес скоррегированного возраста преобладали в исследуемой группе. У каждого десятого ребенка были выявлены характерные нейрофизиологические изменения — уплощение кривой ЭЭГ в лобных отведениях, замедление формирования возрастной корковой ритмики, с типичными изменениями ВП в виде нарушения зрительной афферентации по аксональному и демиелинизирующему типу, снижение импульсного потока по волокнам и уменьшение числа активных нейронов в ответ на зрительный стимул. Замедление внутристволового проведения на понто-мезенцефальном уровне и нарушение афферентации слухового стимула на уровне ствола мозга диагностировано у каждого шестого ребенка. Установлено, что основным нейрофизиологическим феноменом детей, родившихся при ранних преждевременных родах в  $12 \pm 2,3$  мес скоррегированного возраста является нейрофизиологическая морфофункциональная незрелость.

**Окунев Н. А., Бегоулова Е. Г., Беляева Н. А., Окунева А. И., Чепайкина Т. В.**

*Мордовский государственный университет, Саранск, Российская Федерация*

## **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** Гинекологическая патология у новорожденных девочек первого года жизни представлена большим многообразием и очень часто является сопутствующей.

**Цель исследования.** Провести анализ заболеваемости гинекологической патологией у новорожденных и детей первого года жизни.

**Пациенты и методы.** Обследованы 793 пациента в возрасте от 2 двух дней до 1 года, находящиеся на обследовании и лечении в отделении «Патология новорожденных» ГБУЗ РМ «ДРКБ» г. Саранск за 2017–2018 г. Всем пациенткам проведен сбор анамнеза и клинический осмотр, выполнен мазок и исследование биоценоза урогенитального тракта — Фемофлор 16, исследование на внутриутробные инфекции методом ПЦР, УЗИ органов малого таза.

**Результаты.** За анализируемый период, гинекологическая патология выявлена у 314 (39,6%) из 793 девочек. Структура заболевания распределилась: последствия перинатального поражения ЦНС — 163 (20,6%) из 793 пациенток, внутриутробная инфекция — 8,5%, гемолитическая болезнь новорожденных — 1,6%, неонатальная желтуха — 11,7%, дискинезия кишечника — 2,3%, кефалогематома — 1,9%, родовая травма — 2,9%, атопический дерматит — 2,3%, судорожный синдром — 2,1%, церебральная ишемия — 12,4%, лактозная недостаточность — 1,3%, гемангиома — 1,1%, TORCH-инфекция — 2,4%. Среди данной группы пациенток наиболее часто выявлены вульвовагиниты — 135 (42,7%), проведено местное лечение. Гормональный криз новорожденного проявляющийся мастопатией и метроррагией выявлен у 68 пациентов (78,3%). Синехии вульвы — у 49 (15,6%), проведено разведение полных и неполных синехий и местное лечение. Врожденные кистозные образования наблюдалась у 7 (2,3%). Выявлен единичный случай атопического дерматита вульвы в трехмесячном возрасте, везикулопустулез, кольпит у новорожденного. По результатам исследования биоценоза урогенитального тракта наиболее часто обнаружена кокковая флора 74,7%, дрожжи у 8,2%, смешанная микрофлора у 28,9% пациенток.

**Заключение.** Таким образом, гинекологическая патология выявлена у 39,6% пациенток возрасте от 2 дней до 1 года, наиболее часто в 42,7% случаев диагностированы воспалительные заболеваний наружных половых органов.

**Орел В. И., Ким А. В., Гурьева Н. А., Носырева О. М., Орел В. В.**

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

## **ДИНАМИКА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

**Актуальность.** Детская инвалидность — острая проблема общества. Наряду с демографическими показателями и заболеваемостью, инвалидность, особенно детская, — одна из основных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны.

**Цель исследования.** Установить динамику инвалидности детского населения в Санкт-Петербурге, показать структуру заболеваний, обусловивших формирование инвалидности.

**Пациенты и методы.** Использованы данные территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Санкт-Петербургу и Ленинградской области.

**Результаты.** Показатель детской инвалидности, с учетом детской психиатрии, за последние пять лет значительно не изменялся и составлял в 2018 г. — 19,1, 2017 г. — 18,9, 2016 г. — 19,9, 2015 г. — 18,8, 2014 г. — 18,5 на 1000 детского населения. Отмечалось увеличение абсолютного числа детей, впервые признанных инвалидами, 2014 г. — 1829, 2018 г. — 1971 ребенок. Показатель первичной инвалидности вырос на 6,5% с 20,6 в 2014 г. до 21,9 на 10 тыс. детского населения в 2018 г. За пятилетний период ранговая структура заболеваний, обусловивших формирование инвалидности, не изменилась. В 2018 г., по-прежнему, ведущими являются психические расстройства и расстройства поведения — 34,4% (2015 г. — 29,3%); болезни нервной системы — 22,5% (2015 г. — 23,8%); врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения — 12,7% (2015 г. — 16,0%); болезни эндокринной системы, нарушения обмена веществ — 10,7% (2015 г. — 8,9%). В рамках индивидуальной программы реабилитации дети-инвалиды получили оперативное лечение — 97,8% от числа нуждающихся (2015 г. — 95,7%); протезирование — 98,5% (2015 г. — 91,4%); стационарное лечение — 96,7% (2015 г. — 93,8%); санаторное лечение — 81,2% (2015 г. — 76,0%).

**Заключение.** Увеличивается количество детей, впервые признанных инвалидами, и показатель первичной инвалидности. Зафиксирован рост лидирующего класса болезней, психические расстройства и расстройства поведения, на 17,5%. Число детей-инвалидов, получивших восстановительное лечение, растет.

**Орлова Е. В.<sup>1</sup>, Дудникова Э. В.<sup>2</sup>, Чернова М. С.<sup>2</sup>, Водопьянов С. А.<sup>3</sup>,  
Юнак Л. Н.<sup>1</sup>, Карагезян Л. М.<sup>1</sup>, Гасанова Ш. А. кызы<sup>1</sup>, Астен А. А.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

<sup>2</sup> Российский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону,  
Российская Федерация

<sup>3</sup> Ростовский-на-Дону ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский противочумный институт, Ростов-на-Дону,  
Российская Федерация

## **ИСКУССТВЕННЫЕ НЕЙРОННЫЕ СЕТИ КАК МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ДЦП**

**Актуальность.** Медицинская наука находится на этапе поиска информационных методов. Врач субъективно оценивает риск формирования того или иного осложнения или течение какой-то конкретной нозологии, основываясь только на своем знании и опыте, в то время как нейронные сети с помощью обработки большого количества информации, могут найти такие алгоритмы, которые зачастую выявить врачу совершенно невозможно.

**Цель исследования.** Разработка методики прогнозирования формирования ДЦП на основе искусственных нейронных сетей.

**Пациенты и методы.** Ретроспективно обследовано 407 детей, из которых 325 составили группу 1 для построения модели (подгруппа 1А — 178 детей с установленным диагнозом ДЦП и 1Б — 147 детей, не имеющих диагностированных заболеваний центральной нервной системы (ЦНС)) и 82 ребенка составили группу 2 для проверки модели (2А — 61 ребенок с установленным диагнозом ДЦП и 2Б — 21 ребенок, не имеющих заболеваний ЦНС). Критерии включения: 1. Наличие у ребенка ДЦП для пациентов группы 1А и 2А, для группы 1Б и 2Б — отсутствие диагностированного заболевания ЦНС 2. Возраст 1–18 лет. 3. Согласие на участие в исследовании. Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного обследования. Кроме изучения медицинской документации было проведено анкетирование матерей. Статистическая обработка: точный тест Фишера, прикладной пакет программ Statistica Neural Networks, программное обеспечение разрабатывали на языке программирования Java с использованием модуля Encog 3.4.

**Результаты.** Информация о каждом пациенте была представлена в виде многомерного вектора, характеризующаяся 42 входными параметрами: данными анамнеза, клинического осмотра, инструментального и лабораторного исследования. С помощью точного теста Фишера на первом этапе из вышеуказанных входных параметров были отобраны только те факторы, которые показали статистически значимые различия между группами. Для построения искусственной нейронной сети использовались 23 переменные по каждому пациенту. Результирующей переменной для решения данной задачи прогнозирования был критерий здоров ребенок или имеет церебральный паралич. Процесс обучения искусственной нейронной сети сводится к формированию определенных закономерностей путем сравнения с эталонами. Наиболее значимыми показателями ( $p < 0,05$ ) явились: отягощенный акушерский и наследственный анамнез, выкидыши, аборт, течение беременности, ОРВИ во время беременности данным ребенком, течение родов, срок гестации, количество баллов по шкале Апгар при рождении, наличие апноэ, асфиксии, был ли ребенок интубирован, гипотрофия, судороги, желтуха, тугое обвитие вокруг шеи. Нами разработан программный пакет для построения модели искусственной нейронной сети прогнозирования формирования церебрального паралича у детей с помощью полученных закономерностей в среде Statistica Neural Networks. Тестирование экспертной системы проводилось на 82 примерах. Пороговый уровень системы — 61%. При этом нейронная сеть имеет чувствительность 78,7%, специфичность — 90,5%.

**Заключение.** 1. Разработан нейросетевой классификатор. Рассчитаны показатели значимости параметров, которые имели наибольшее влияние на риск формирования церебрального паралича у детей. 2. Выполнено тестовое прогнозирование разработанной экспертной системы с использованием контрольной выборки пациентов.

**Очирова П. В.**

*Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г. А. Илизарова,  
Курган, Российская Федерация*

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗА**

**Актуальность.** В настоящее время ортопедической проблеме у пациентов с мукополисахаридозом с каждым годом уделяется все больше и больше. У данных пациентов имеются множественные дизостозы, деформация верхних и нижних конечностей, патология позвоночника по типу деформаций, нестабильности и стеноза.

**Цель исследования.** Изучить особенности определения тактики хирургического лечения деформаций позвоночника у пациентов с различными типами мукополисахаридоза.

**Пациенты и методы.** За период с 2012 по 2019 г. в нашем центре пролечены 10 пациентов с различными типами мукополисахаридоза: МПС 1Н типом — 1 пациент, МПС IVA типом — 6 пациентов и с МПС VI типом — 3 пациента. Возраст пациентов варьировал от 6 до 26 лет (средний возраст — 10,3 года). У всех пациентов была деформация позвоночника с первичным и/или вторичным стенозом позвоночного канала. Были использованы различные хирургические методы лечения: 1) 1 пациенту выполнена двухэтапная операция: декомпрессия C0–C7 с окципитоспондилодезом, затем установка растущей динамической системы; 2) 2 финальная локальная система; 7 пациентам — декомпрессия со стабилизацией.

**Результаты.** Сколиоз варьировал от 20° до 65° по Коббу, кифоз от 15° до 80° по Коббу. У четырех пациентов был стеноз позвоночного канала с миелопатией (Frankel C). Все пациенты имели легочную и сердечную дисфункцию: жизненная емкость легких составляла от 21 до 50% и патологическая ЭКГ. Дисбаланс во фронтальной и сагиттальной плоскостях присутствовал у 60% пациентов. Благодаря хирургическому лечению коррекция кифоза исправлена на 68%, а сколиоза — на 85%. У 4 (50%) пациентов со стенозом позвоночного канала неврологический статус улучшился до Frankel E.

**Заключение.** Пациенты с мукополисахаридозом нередко имеют стеноз позвоночного канала и миелопатию. У таких больных с сочетанием стеноза и миелопатии позвоночного канала необходимо выполнять декомпрессию и стабилизацию с затылком и шейным отделом позвоночника.

**Павловец М. В., Прилуцкая В. А., Пискун Т. А., Гончарик А. В.**

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск,  
Республика Беларусь*

## **ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ И ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** В литературе последних лет публикуются исследования, отражающие значение гиперлипидемии у женщин с прегравидарными избыточной массой тела (МТ) и ожирением (Ож) в эпигенетическом программировании и увеличении риска атерогенеза и сердечно-сосудистых заболеваний для потомства в будущем.

**Цель исследования.** Оценить влияние показателей липидного обмена женщин с избыточной массой тела и ожирением на антропометрические и гормональные параметры новорожденных.

**Пациенты и методы.** Исследование проведено в РНПЦ «Мать и дитя». Группу наблюдения составили 84 доношенных новорожденных. Gr1 составили дети от матерей с избыточной МТ/ожирением ( $n = 49$ ,  $28,6 \pm 4,3$  лет,  $\text{прИМТ } 35,1 \pm 4,0$   $\text{кг/м}^2$ , прибавка МТ  $8,9 \pm 5,0$  кг); Gr2 — с избыточной МТ/ожирением и СД 1-го типа ( $n = 21$ ,  $27,2 \pm 3,6$  лет,  $29,8 \pm 3,1$   $\text{кг/м}^2$ ,  $12,0 \pm 4,1$  кг,  $\text{HbA1c}$  в 1, 2 и 3-м триместрах  $6,7 \pm 1,3\%$ ,  $6,4 \pm 0,9\%$  и  $7,1 \pm 0,7\%$ ); группа контроля (GrК) — от женщин, не имевших СД и избыточной МТ ( $n = 14$ ,  $31,8 \pm 3,3$  лет,  $21,9 \pm 3,5$   $\text{кг/м}^2$ ,  $13,2 \pm 2,3$  кг). Показатели физического развития (ФР) детей оценивали с помощью стандартов Intergrrowth-21, программы ВОЗ Anthro. При статобработке применяли Statistica 10.

**Результаты.** ИМТ детей при рождении в группах наблюдения был  $13,1$  [12,6; 13,3],  $14,4$  [13,4; 14,8],  $11,8$  [11,7; 12,0]  $\text{кг/м}^2$  ( $P1-K = 0,007$ ,  $P2-K = 0,002$ ,  $P1-2 = 0,004$ ). Доля крупновесных к сроку гестации новорожденных была 10,0%, 70,0%, 0,0%. С увеличением срока гестации наблюдалось увеличение уровня холестерина сыворотки (ХС) крови у матерей всех групп. Концентрации ХС у женщин в родах в исследуемых группах составили  $7,5$  [6,1; 7,8],  $9,8$  [7,6; 10,4],  $6,8$  [6,2; 7,2] ммоль/л ( $P1-2 = 0,01$ ); ТГЦ —  $2,7$  [2,0; 3,3],  $3,8$  [2,2; 5,1],  $2,6$  [2,0; 3,8] ммоль/л ( $P1-2 = 0,015$ ,  $P2-K = 0,007$ ); ЛПНП —  $3,7$  [3,2; 4,2],  $4,8$  [4,0; 5,4],  $3,6$  [3,2; 4,3] ммоль/л ( $P1-2 = 0,018$ ). Выявлены статистически значимые ( $p < 0,05$ ) положительные корреляционные связи между уровнями ТГЦ матери и концентрацией лептина пуповинной крови ( $r = 0,512$ ); уровнями ТГЦ, ЛПНП матери и лептином сыворотки детей в 1 сутки жизни ( $r = 0,525$ ,  $r = 0,523$ ); ХС матери и z-score длины тела их младенцев ( $r = 0,320$ ). Установлена отрицательная корреляционная зависимость для женщин с Ож 3-й степени между уровнем ХС в крови матери в 3-м триместре и антропометрическими данными новорожденных (масса тела  $r = -0,635$ , длина тела  $r = -0,411$ ).

**Заключение.** Показатели липидного обмена матери оказывали влияние на показатели ФР и уровни лептина сыворотки новорожденных. Сочетанная патология в виде ожирения и СД 1-го типа сопровождалась наиболее высокими уровнями атерогенных липидов у женщин и отклонениями антропометрических параметров детей при рождении.



**Павловская О. Г.<sup>1</sup>, Чолоян С. Б.<sup>2</sup>, Трикоменас Н. Н.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Областная детская клиническая больница, Оренбург, Российская Федерация*

<sup>3</sup> *Городская детская клиническая больница, Оренбург, Российская Федерация*

## **РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ**

**Актуальность.** Младенческая смертность (МС) является одним из интегральных показателей общественного здоровья и демонстрирует показатели качества и доступности медицинской помощи.

**Цель исследования.** Выявить региональные особенности МС в Оренбургской области за 2017–2019 гг.

**Пациенты и методы.** Использованы официальные данные Росстата. Применены аналитический и статистический методы исследования.

**Результаты.** В 2018 г. уровень МС в Оренбургской области был выше, чем в России (5,1 умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми) и составил 5,4, что на 28,2% ниже показателя 2017 г. Показатель МС в регионе с 2014 г. имеет четкую тенденцию к снижению. Среди субъектов России область заняла 11-е место по МС. Такие же ранговые места были у городских и сельских жителей. В регионе показатель МС у жителей села выше, чем у городского населения: 6,4 против 4,61 (умерших до 1 года жизни на 1000 родившихся живыми). По половому признаку прослеживалась четкая тенденция преобладания в числе умерших до 1 года мальчиков над девочками (6,2 против 4,4) в 2018 г. В возрастной структуре МС преобладала доля новорожденных — 68 детей (56,7%), из них ранняя неонатальная МС зафиксирована у 46 (38,3%), поздняя неонатальная МС — у 22 (18,3%). Постнеонатальная МС была у 52 чел. (43,3%). В структуре причин МС в 2018 г. на первом месте были отдельные состояния перинатального периода — 60,0%. На втором месте были врожденные аномалии — 12,5%. На третьем месте — болезни органов дыхания 7,5%.

**Заключение.** Показатель МС в регионе стабильно выше среднероссийского показателя. Увеличение уровня МС идет от инфекционных и паразитарных болезней, болезней органов дыхания, болезней органов пищеварения.



**Павловская О. Г.<sup>1</sup>, Чолоян С. Б.<sup>1</sup>, Трикоменас Н. Н.<sup>2</sup>, Екимов А. К.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Детская городская клиническая больница, Оренбург, Российская Федерация*

## **ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Эндокринные заболевания отличается длительностью течения и последующими осложнениями, ухудшающими качество жизни.

**Цель исследования.** Выявить возрастные особенности формирования эндокринной патологии у детей.

**Пациенты и методы.** В анализ был включен 41 991 ребенок (в возрасте до 18 лет), прошедший профилактический осмотр в ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга (ДГКБ) в 2018 г. Показатели выбраны из медицинской информационной системы ДГКБ. Применены аналитический и статистический методы исследования.

**Результаты.** Болезни эндокринной системы выявлены у 5177 детей, что составило 12,32% или 123,28 случая на 1000 населения. Структура класса МКБ-10 IV «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» (E00–E70) у прикрепленного детского населения ДГКБ выглядела следующей. Первое место заняли болезни щитовидной железы (41%), второе — ожирение и другие виды избыточности питания (30%), третье — нарушения других эндокринных желез (20%), четвертое — недостаточность питания (7,6%), пятое место — сахарный диабет (1,4%). Болезни щитовидной железы (E00–E07) имели пики выявления в 1 год (7,5%), 4 года (9,3%) и 14 лет (5,4%). В структуре данной патологии первое место занимали другие болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью. Нетоксический одноузловой зоб выявлялся у детей с 8 лет в 12,8%, далее пики отмечались в 14 (14,9%) и 16 лет (27,7%). Тиреотоксикоз с диффузным зобом ставился с 9 лет с пиком в 40% в 12 лет. Аутоиммунный тиреоидит выявлялся с 7 лет с пиком установления в 11 (13,9%) и 17 лет (18,2%). Сахарный диабет первого типа в 4 года встречался у 1,6% детей, к 9 годам — у 5,4%, в 12 лет — 13,3%, пик выявлен в 13 лет (16,8%).

**Заключение.** Таким образом, полученные данные позволяют строить мероприятия по раннему выявлению и профилактике эндокринных заболеваний у детей.

**Паршина Т. С., Балыкова Л. А., Самошкина Е. С., Краснопольская А. В., Шелпакова И. А., Кузьмичев И. А., Савосина А. В.**

*Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева, Саранск,  
Мордовская Республика, Российская Федерация*

## **СИНДРОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Актуальность.** Синдром удлинённого интервала QT является одной из наиболее частых причин внезапной сердечной смерти детей и лиц молодого возраста. Традиционно выделяют врожденные и приобретенные варианты заболевания, распространенность последних у детей неизвестна.

**Цель исследования.** Определить встречаемость и клинико-электрокардиографическую характеристику первичного и вторичного удлинения QTc среди пациентов до 18 лет.

**Пациенты и методы.** Проанализированы истории болезней 2654 пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение мордовской детской республиканской клинической больницы в период с 2014 по 2019 г. Анализирована ЭКГ покоя, данные холтеровского мониторирования, биохимические анализы крови.

**Результаты.** Выявлено 46 случаев замедления QT — 1,7% от кардиологических пациентов. Среди них 10 (21,7%) случаев первичного синдрома удлинённого интервала QT (СУИQT) и 36 (78,3%) вторичного или неуточнённого. Основной причиной вторичного СУИ QT был электролитный дисбаланс (50%), а также эндокринные нарушения (11,1%), прием лекарственных препаратов (19,5%), органические болезни сердца и пролапс митрального клапана (13,9%), вегетативные нарушения (5,5%). При анализе гендерного состава, среди имевших вторичное удлинение QTc преобладали девочки (30, или 83,3%, против 4, или 40%) более старшего возраста (средний возраст  $11,9 \pm 0,7$  в группе вторичного СУИQT против  $7,6 \pm 1,2$  первичного). Средняя продолжительность QTc на ЭКГ покоя не имела значимых различий с тенденцией к более высоким значениям у больных с первичным СУИQT, тогда как продолжительность QTc в ортостазе была выше у пациентов с первичным вариантом синдрома. Синкопальные состояния несколько чаще встречались у пациентов с первичным СУИQT (7 из 10 пациентов) против вторичного (11 из 36, 30,5%), тогда как встречаемость пресинкопальных состояний и судорог не имела достоверных отличий.

**Заключение.** Вторичное удлинение QT у детей, госпитализированных в кардиологический стационар, встречается чаще первичного и чаще всего связано с электролитными нарушениями. Клиническая и электрокардиографическая картина не имеет значимых отличий.

**Пермякова А. В., Дерюшева А. Ю.**

*Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера,  
Пермь, Российская Федерация*

## **О ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Совершенствования диагностики цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) обусловлена ее широким распространением в детской популяции, ростом инфицированности, разнообразием и неспецифичностью симптоматики, затрудняющими постановку диагноза по клиническим данным.

**Цель исследования.** Оптимизация лабораторной диагностики цитомегаловирусной инфекции у детей, путем определения клинико-лабораторных предикторов, соответствующих острой стадии инфекции.

**Материалы и методы.** Основную группу исследования составили 65 детей с цитомегаловирусным мононуклеозом в возрасте от 1 до 3 лет. Критерий включения в группу: определение ДНК ЦМВ в крови. Маркеры герпесвирусных инфекций (ДНК ЦМВ, ВЭБ, ВГЧ 6-го типа) определяли методом ПЦР-real time (кровь, слюна) и серологически (IgM, IgG).

**Результаты.** Исследование показало, что острая цитомегаловирусная инфекция, может протекать как в виде инфекционного мононуклеоза, так и быть атипичной. Классический комплекс симптомов мононуклеоза в виде длительной лихорадки, интоксикации, выраженной лимфаденопатии, затруднения носового дыхания отмечался у половины детей основной группы — 49,2% (32/65). У остальных детей (50,8% 33/65) основной группы клиническая картина мононуклеоза была стертой, без полного развертывания классического симптомокомплекса, а именно, на фоне локализованной лимфаденопатии в 75,7% случаев (25/33) и лихорадки более 5 дней в 65,0% случаев (21/33), заболевание протекало по типу острого трахеобронхита (54,5%, 18/33), двустороннего отита (45,4%, 15/33), фаринготонзиллит отмечен у 30,0% (10/33) детей, случаев гепатомегалии в этой группе не было. При серологическом обследовании установлено, что анти-ЦМВ IgG в основной группе определялись в 57,0 (37/65) случаев, в группе сравнения в 81,0% (35/43) случаев при среднеарифметических значениях без достоверных различий. Анти-ЦМВ IgM определялись у 55,4% (36/65) детей только в основной группе. Методом ПЦР-real time в крови всех пациентов основной группы определялась ДНК цитомегаловируса: значения вирусной нагрузки распределились неравномерно в диапазоне от 2,6 до 4,8 lg копий ДНК/мл, медиана вирусной нагрузки в крови составила  $3,4 \pm 0,1$  lg копий ДНК/мл, доля низких значений — 83,0% (54/65), средних — 17,0% (11/65), высоких значений не было. В слюне детей основной группы ДНК ЦМВ определена у 99,0% (64/65), в группе сравнения у 69,7% (30/43), медианы вирусной нагрузки составили  $4,9 \pm 0,1$  lg копий ДНК/мл в основной группе против  $2,9 \pm 0,1$  lg копий ДНК/мл,  $p = 0,001$ . Надежность метода ПЦР для определения цитомегаловирусной инфекции по слюне оценили, рассчитав чувствительность (Se) и специфичность (Sp), которые составили 98,0 и 36,0%. Низкое значение показателя специфичности не дает возможности использовать слюну для идентификации больных острой ЦМВИ. Для повышения точности исследования рассчитали значение вирусной нагрузки, соответствующее острой стадии инфекции. При помощи математического моделирования определили «пороговое» значение вирусной нагрузки для слюны равное 4,1 lg копий ДНК ЦМВ/мл, соответствующее 65,0% вероятности развития острой ЦМВИ.

**Заключение.** Острая цитомегаловирусная инфекция у детей 1–3 лет в 50,0% случаев протекает по типу инфекционного мононуклеоза, и сопровождается выделением вируса как в кровь, так и в слюну практически у всех пациентов; медиана вирусной нагрузки для крови 3,9 lg копий ДНК/мл, слюны — 4,9 lg копий ДНК/мл. Проведенное исследование позволило обосновать алгоритм диагностики острой цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста, включающий в себя рассчитанное «пороговое» значение вирусной нагрузки для слюны, равное 4,1 lg копий ДНК/мл.

**Петрова А. И., Гаймоленко И. Н.**

*Читинская государственная медицинская академия, Чита, Российская Федерация*

## **ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Проблема бронхообструктивного синдрома (БОС) всегда привлекала и продолжает привлекать особое внимание исследователей. За последнее десятилетие отмечается рост частоты развития БОС на фоне острых респираторных инфекций у детей дошкольного возраста. Более чем у половины детей эпизоды бронхиальной обструкции повторяются. Известно, что особенности клинического течения инфекционных заболеваний зависят от уровней продукции цитокинов. Выявление маркеров воспаления позволяет уточнить иммунные механизмы формирования бронхиальной обструкции при респираторных инфекциях.

**Цель исследования.** Изучение сывороточных концентраций IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, IL-10, MIP-1 $\alpha$ , MIP-1 $\beta$ , RANTES у детей с острым обструктивным бронхитом.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 53 ребенка с острым обструктивным бронхитом, установленным в соответствии с критериями общепринятой Классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей (2009), в возрасте от 1 года до 5 лет. На основании анамнестических данных были сформированы группы сравнения: 25 детей (47,2%) — с эпизодической вирусиндуцированной обструкцией — 1 группа, 10 (40%) — мальчиков, 15 (60%) — девочек, средний возраст  $2,8 \pm 1,3$  лет; 28 (52,8%) — с мультитриггерной обструкцией — 2 группа, 14 (50%) — мальчиков, 14 (50%) — девочек, средний возраст  $2,7 \pm 1,5$  лет. Критерии включения детей во вторую группу: количество эпизодов обструкции три и более в год и (или) между эпизодами респираторной инфекции имеются клинические признаки неспецифической гиперреактивности бронхов. Критерии исключения — нежелание пациента и (или) его родителей принимать участие в исследовании; дети, имеющие сопутствующие хронические заболевания других органов и систем. На условиях добровольного информированного согласия родителей осуществлялся забор крови из локтевой вены в остром периоде заболевания (1–2-й день госпитализации). Исследовали содержание цитокинов (IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-10) и хемокинов (IL-8, MIP-1 $\alpha$ , MIP-1 $\beta$ , RANTES) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа набором серии Multiplex (BioLegend, США). Группу контроля составили 13 практически здоровых детей, сопоставимых по возрасту и полу (средний возраст  $3,4 \pm 0,9$  лет). Статистическая обработка данных проведена с использованием программы Statistica 6.0. Данные представлены в виде медианы и 25–75-го перцентилей. Для оценки различий между двумя группами применялся непараметрический U-критерий Манна–Уитни. Достоверными считались различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Исследование уровней концентраций цитокинов и хемокинов позволило установить, что в сыворотке крови детей с острым обструктивным бронхитом в целом ( $n = 53$ ) в сравнении со здоровыми детьми значительно повышено содержание IL-8 — в 19 раз (1200,9 (606,1; 2743,6) и 64,5 (23,9; 200,54) пг/мл,  $p < 0,05$ ), IL-10 — в 2 раза (13,3 (7,1; 25,1) и 6,7 (5,2; 15,9) пг/мл,  $p < 0,05$ ), MIP-1 $\alpha$  — в 35 раз (159,9 (102,2; 373,2) и 4,6 (3,8; 10,4) пг/мл,  $p < 0,05$ ), MIP-1 $\beta$  — в 7 раз (35,9 (24,6; 59,6) и 4,9 (2,8; 8,3) пг/мл,  $p < 0,05$ ), RANTES — в 1,3 раза (4292,3 (3796,4; 4485,7) и 3208,9 (1219,1; 3494,8) пг/мл,  $p < 0,05$ ). Статистически значимых различий по показателям IL-1 $\beta$  и IL-6 выявлено не было ( $p > 0,05$ ). При парном сравнении между первой и второй группами выявлено статистически значимое различие по показателю MIP-1 $\alpha$  (111,5 (59,6; 225,2) и 199,1 (131,7; 524,9) пг/мл,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** У детей с острым обструктивным бронхитом отмечается статистически значимое повышение экспрессии цитокинов и хемокинов, инициирующих как Th2 (IL-10, MIP-1 $\alpha$ , RANTES) так и Th1 (MIP-1 $\beta$ , IL-8) иммунный ответ, что свидетельствует о вовлечении двух иммунных механизмов. Высокий уровень MIP-1 $\alpha$  можно рассматривать, как дополнительный критерий мультитриггерного варианта бронхиальной обструкции у детей раннего возраста.

**Петрова И. Н.<sup>1</sup>, Коваленко Т. В.<sup>1</sup>, Каракулина Е. Ю.<sup>1</sup>, Попова Н. Н.<sup>2</sup>, Никифорова С. В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Первая республиканская клиническая больница, Ижевск, Российская Федерация

## **ОСТЕОПЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ**

**Актуальность.** Одним из заболеваний, типичных для незрелых детей, является остеопения недоношенных, рассматриваемая как метаболическая болезнь, протекающая со снижением постнатальной минерализации костей вследствие дефицита кальция и фосфора.

**Цель исследования.** Определить частоту и клинико-лабораторные особенности остеопении недоношенных у детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находились 60 детей с гестационным возрастом 26–36 нед, массой тела от 785 до 1490 г при рождении. Все дети родились и получали лечение в Перинатальном центре БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» в 2019 г. Группу наблюдения составили 17 детей с клинико-лабораторными проявлениями остеопении недоношенных, группу сравнения — 43 ребенка без остеопении.

**Результаты.** Частота выявления остеопении недоношенных составила 28,3%. Сроки диагностики варьировали от 4 до 6 нед жизни. Остеопения манифестировала изменениями лабораторных показателей: гипофосфатемией (41,2%), гипокальциемией (17,6%), сочетанной гипофосфатемией и гипокальциемией (41,2%), повышением щелочной фосфатазы (35,3%). Изменения костной системы в виде податливости краев большого родничка и швов, увеличения лобных бугров, развернутой нижней апертуры грудной клетки наблюдались у 23,5% детей, тяжелые проявления в виде переломов отсутствовали. Дети обеих групп имели сопоставимый уровень факторов антенатального и интранатального неблагополучия, не отличались по характеру питания, назначаемого согласно клиническим рекомендациям. Однако обследуемые группы наблюдения имели достоверно меньший гестационный возраст (26,8 нед) и массу тела при рождении (995 г), больший вес (2587 г) на момент выписки (в группе сравнения — 30,7 нед, 1120 г, 2365 г;  $p < 0,05$ ). В группе наблюдения выявлено статистически значимое превышение частоты ранней анемии недоношенного (70,6%), врожденной пневмонии (52,9%), бронхолегочной дисплазии (47,1%), эпизодов нарушения толерантности к энтеральной нагрузке (11,8%).

**Заключение.** Субклиническое течение остеопении является отражением оптимизации выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела в Перинатальном центре. Профилактика остеопении должна проводиться с учетом срока гестации, массы при рождении, последующих весовых прибавок, неонатальной патологии.

**Печуева О. А., Меренкова У. И., Ткачук М. И., Мебелова И. И.,  
Высоцкая Я. В., Зарипова Ю. Р.**

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

## **МАНЕВР МОБИЛИЗАЦИИ АЛЬВЕОЛ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ И СИНДРОМЕ АСПИРАЦИИ МЕКОНИЯ**

**Актуальность.** Маневр рекруитмента альвеол на фоне проведения конвекционной ИВЛ может проводиться по различным алгоритмам в зависимости от аппарата ИВЛ даже на уровне учреждений 1-го уровня, технические возможности которых нередко ограничены — отсутствует высокочастотная осцилляторная (ВЧО) ИВЛ, СРАР терапия.

**Цель исследования.** Изучить влияние маневра мобилизации альвеол на оксигенацию при врожденной пневмонии и синдроме аспирации мекония (САМ).

**Пациенты и методы.** Доношенный ребенок, от 6-й беременности (в анамнезе двое срочных родов без особенностей, 3 медицинских аборта) на фоне гестационного сахарного диабета, ОРВИ в 16 нед, вегетосудистой дистонии по кардиальному типу, хронической герпетической инфекции, хламидиоза. Роды третьи при сроке гестации 39 нед 4 дня, оперативные по поводу прогрессирующей внутриутробной гипоксии плода. Околоплодные воды мекониальные. Роды в центральной районной больнице. Состояние ребенка при рождении тяжелое, дыхательные нарушения III степени, в связи с чем начата традиционная конвекционная ИВЛ аппаратом Seachrest Millenium в отделении реанимации и интенсивной терапии.

**Результаты.** Доношенный ребенок с САМ, дыхательной недостаточностью III степени, неонатальным шоком II стадии, легочным кровотечением, традиционная конвекционная терапия ИВЛ аппаратом Seachrest Millenium в ЦРБ. Осмотрен выездной бригадой специалистов Республиканского перинатального центра (РПЦ) через 8,5 ч после рождения. Проведена противошоковая терапия. Параметры ИВЛ: VR 60/мин, FiO<sub>2</sub> 100%, PIP 30 см вод. ст., РЕЕР +6 см вод. ст. 6, SpO<sub>2</sub> 40%. PaO<sub>2</sub> 18 мм рт. ст. PCO<sub>2</sub> 85 мм рт. ст. pH крови 7,12. BE — 5 ммоль. После стабилизации центральной гемодинамики с учетом тяжелой гипоксемии решено провести маневр рекруитмента альвеол по методике комбинированного увеличения пикового давления на вдохе и положительного давления конца выдоха с шагом 2 см вод. ст. Общее время проведения маневра составило 20 мин. Максимальные параметры ИВЛ VR 60/мин, FiO<sub>2</sub> 100% со снижением на фоне проведения маневра до 40%, PIP 50 см вод. ст., РЕЕР + 12 см вод. ст. Далее ИВЛ продолжена с оптимальными параметрами: VR 60/мин, FiO<sub>2</sub> 40% PIP 40 см вод. ст., РЕЕР + 10 см вод. ст. На этом фоне PaO<sub>2</sub> 56 мм рт. ст., сатурация кислорода 90%. В возрасте 18 ч после рождения ребенок на фоне ИВЛ транспортирован в РПЦ. Выписан на 26-е сут жизни.

**Заключение.** Маневр мобилизации альвеол у новорожденного с врожденной пневмонией и САМ на фоне проведения традиционной конвекционной ИВЛ в условиях ЦРБ способствовал стабилизации общего состояния ребенка, успешной транспортировки в учреждение 3-го уровня и благоприятному исходу.



**Пискун Т. А.<sup>1</sup>, Егорова Н. Ю.<sup>2</sup>, Прилуцкая В. А.<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup> *Многопрофильный медицинский центр «Лодэ», Минск, Республика Беларусь*

## **К ВОПРОСУ О РОЛИ ВИТАМИНА Д В ПРОФИЛАКТИКЕ РАХИТА**

**Актуальность.** Проблеме дефицита витамина Д уделяется большое внимание во многих медицинских сферах, в том числе педиатрии. Возросшие диагностические возможности указывают на разнообразные негативные последствия, связанные с недостаточной обеспеченностью витамином Д в детском возрасте.

**Цель исследования.** Определить обеспеченность витамином Д (статус витамина Д) детей первых двух лет жизни.

**Пациенты и методы.** Были проанализированы показатели обеспеченности витамином Д 245 детей первых 2 лет жизни, проходивших обследование в ООО МЦ «ЛОДЭ» в 2018 году. Обеспеченность витамином Д определялась содержанием в сыворотке крови 25-гидроксивитамина Д (25(ОН)D<sub>3</sub>): достаточный уровень — более 30 нг/мл, недостаточный уровень — 21–29 нг/мл, дефицит — менее 20 нг/мл.

**Результаты.** Среди обследованных было 196 (80%) детей первого года жизни и 49 (20%) детей старше 12 мес. Клинические признаки рахита присутствовали у 29 (15%) детей первого года жизни, и у 2 (4%) детей старше года. Остальным детям исследование проводилось по просьбе родителей или по поводу частой заболеваемости. Все дети получали витамин Д в профилактической дозе 500 МЕ. Среди обследованных было 109 девочек и 136 мальчиков. Установлено, что только у 11% обследованных детей содержание витамина Д в сыворотке крови было ниже 30 нг/мл, при этом недостаточность витамина Д была диагностирована у 7% детей, дефицит — у 4%. Среднее содержание витамина Д у детей до года с дефицитом витамина Д составило 12,28 нг/мл (Min/Max 4,57/18,97 нг/мл), у детей старше года — 16,89 нг/мл (min/max 14,12/18,28 нг/мл). В группе детей с недостаточностью витамина Д среднее значение (Mean) составило: 27,41 нг/мл у детей первого года жизни (min/max 24,36/29,83 нг/мл) и 25,36 нг/мл у детей старше года (min/max 21,85/27,59 нг/мл). У детей с достаточной обеспеченностью витамином Д среднее значение в группе детей до года составило 62,41 нг/мл (min/max 31,37/118,60 нг/мл). У детей старше года Mean 25ОН-Д составило 52,02 нг/мл (min/max 31,10/124,80 нг/мл).

**Заключение.** Витамин Д большинство детей получают своевременно в профилактической дозе по рекомендации врача. Родители хорошо осведомлены о необходимости профилактики рахита. У большинства обследованных детей (89%) имеется достаточная обеспеченность витамином Д.



**Пискунова С. Г., Орлова Е. В., Юнак Л. Н., Волченкова О. Ю., Тамп М. А., Михайленко И. А.**

*Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ НОВИКОВОЙ-ИВАНЦОВОЙ Т. Н. «ФОРМИРОВАНИЕ РИТМИКО-МЕЛОДИКО-ИНТОНАЦИОННОЙ ОСНОВЫ ЯЗЫКА» У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Актуальность.** В последнее время количество детей с речевой патологией резко увеличилось. С каждым годом в дневной стационар медицинской реабилитации (ДСМР) поступает все больше детей с тяжелой речевой патологией, когда затрагиваются все стороны речи. У этих детей нужно не развивать речевые навыки или совершенствовать, а формировать их, создавать. В отделении эти вопросы помогают решать коррекционные музыкальные занятия по методике Т. Н. Новиковой-Иванцовой.

**Цель исследования.** Раскрытие возможностей применения данной методики у детей с тяжелой речевой патологией в условиях ДСМР.

**Пациенты и методы.** В ходе исследования в отделении за 2018 г. коррекционные групповые занятия получили 192 ребенка в возрасте от 2 до 15 лет, проведено 1570 коррекционных занятий с разными речевыми нарушениями (заикание 38 детей, ринолалия 6 детей, алалия 94 ребенка, афазия 2 ребенка, нарушение речи с особенностями коммуникативного поведения 35 детей, нарушение речи на фоне нейросенсорной тугоухости, КУ 17 детей). Формирование ритмико-мелодико-интонационной стороны речи является основой, на которой формируется языковая система. У детей со сложной структурой дефекта она не сформирована. На занятиях мы работаем над произвольным дыханием, произвольной голосоподачей и произвольной артикуляцией, добиваемся длительности дыхания, удерживания нужной артикуляции, поем с переключением. В работе используется комплект картинок-символов. Особое внимание уделяем обучению и активному участию родителей на занятиях. В практике используем пропевание сначала гласных звуков изолированно (с переключением), потом слоги и слова. Таким образом, мы тренируем у детей переключение органов артикуляционного аппарата и ритм, что будет необходимо на последующих этапах логопедической работы для автоматизации звуков в речи.

**Результаты.** У детей, посещающих данные коррекционные групповые занятия, улучшилось зрительное, тактильное, слуховое восприятие, увеличилась подражательная речевая активность. Дети с нарушением слуха, КУ, имеющие трудности со слоговой структурой речи, темпом и ритмом речи, артикуляцией звуков имели положительную динамику в реабилитационном процессе.

**Заключение.** Эффективность данной методики в ДСМР для детей с тяжелыми нарушениями речи зависит от активного взаимодействия специалист–родитель, а также от систематического посещения занятий, учета индивидуальных особенностей и возможностей ребенка. Групповые коррекционные занятия в отделении дают прекрасный результат в реабилитации детей с тяжелыми нарушениями речи. Эти занятия учитывают онтогенез речи, что позволяет максимально эффективно построить логопедическую работу.

**Поликарпова И. И.<sup>1</sup>, Анфиногенова М. Д.<sup>2</sup>, Тарасова В. Д.<sup>1</sup>, Касаткина А. Я.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Российская Федерация

<sup>2</sup> Областной перинатальный центр, Ярославль, Российская Федерация

## **ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

**Актуальность.** Ребенок, рожденный с массой менее 1000 г, по современным классификациям относится к группе детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Недоношенные с ЭНМТ имеют ряд специфических для данной группы состояний и осложнений в течение периода новорожденности.

**Цель исследования.** Выявить особенности роста и развития детей с ЭНМТ, установить закономерности физического развития.

**Пациенты и методы.** Проведено катamnестическое исследование медицинской документации и обследование 34 детей с ЭНМТ на базе поликлинического отделения ГБУЗ ЯО ОПЦ. Минимальная масса при рождении — 480 г, максимальная 750 г, дети были рождены в срок от 22 до 29 нед.

**Результаты.** Наибольшая прибавка в массе наблюдалась в возрасте 3–6 мес, наименьшая прибавка массы определена в 1 мес, схожая динамика отмечается и в ростовых прибавках. При оценке физического развития (ФР) по таблицам ВОЗ было выявлено, что дети из выделенной группы имеют сниженные показатели ФР, при этом удельный вес детей низкой массой увеличивался с ростом и к полутора годам более 50% детей имеют низкую или очень низкую массу. Рост детей на момент обследования так же оценен как низкий, к полутора годам 60% детей имеют низкий рост. При оценке психолого-моторного развития по шкале КАТ/КЛАМС отмечено, что низкий коэффициент моторного развития к году имеют 17% детей, в то время как низкие коэффициенты речевого и когнитивного развития определялись в 55 и 60% случаев соответственно.

**Заключение.** Необходима разработка мер по улучшению показателей ФР у данной группы детей, а также необходима работа над развитием речевого и когнитивного компонентов развития.

Полицарпова И. И.<sup>1</sup>, Косинская И. В.<sup>2</sup>, Касаткина А. Я.<sup>1</sup>, Осокина Е. С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Российская Федерация

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, Ярославль, Российская Федерация

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

**Актуальность.** Цитомегаловирусная инфекция относится к наиболее частым причинам внутриутробной инфекции и является причиной развития врожденных аномалий и тяжелых проявлений заболевания с летальным исходом. Диагностика ЦМВ у детей составляет сложную задачу в связи с отсутствием типичных симптомов и признаков.

**Цель исследования.** Представить клинический случай диагностики и лечения ребенка первого года жизни с врожденной цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ).

**Пациенты и методы.** Девочка Е. от 1-й беременности, 1-х родов путем экстренного кесарева сечения на сроке  $36 \pm 6$  нед. Во время беременности мать перенесла ОРВИ на ранних сроках (со слов матери она часто контактировала с детьми раннего возраста), дважды обострение *Herpes genitalis*. Ребенок родился малым к сроку гестации с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов. С конца первых суток судорожный синдром в виде клонусов в руках, нистагма, гипертонус мышц сгибателей в руках и ногах — купирован Паглюфералом.

**Результаты.** По данным УЗИ головного мозга выявлены признаки незрелости головного мозга, расширение боковых и третьего желудочков, стриарная ангиопатия, кальцинаты в перивентрикулярных областях; УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени с реактивными изменениями в паренхиме, увеличение селезенки. Учитывая клиническую картину и анализ ликвора, верифицирован диагноз энцефалита. По данным ПЦР ликвора, крови и смыва носоглотки CMV положительный, была начата этиотропная терапия ганцикловиром, согласно клиническим рекомендациям курсом 21 день. По окончании курса по данным ЯМРТ головного мозга на фоне перенесенной ЦМВИ сформировалась микроцефалия с внутренней гидроцефалией. В возрасте двух месяцев реактивация ЦМВИ с очагом в виде пневмонии, был начат повторный курс лечения ганцикловиром, на фоне лечения на 15-й день курса выявлена тромбоцитопения и геморрагическая сыпь по всему телу по типу «черничного пирога», проведена смена этиотропной терапии на антицитомегаловирусный иммуноглобулин до нормализации уровня тромбоцитов, затем продолжен курс ганцикловира. К возрасту трех месяцев ребенок был выписан, без кислородной зависимости со стабильным неврологическим статусом на противосудорожной терапии.

**Заключение.** Представленный клинический случай ярко иллюстрирует клинику врожденной ЦМВИ, демонстрирует динамику клинической картины, лабораторных и инструментальных исследований и показывает недостаточную эффективность имеющейся терапии ЦМВИ.

**Пономарева Н. А., Кузнецова О. Н., Донникова Н. А., Тихонова Н. Н.,  
Веснина Н. Ф., Козленко А. А.**

*Сургутская городская клиническая больница, Сургут, Российская Федерация*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В СОЧЕТАНИИ С МУКОПОЛИСАХАРИДОЗОМ II И VI ТИПОВ**

**Актуальность.** Клинический полиморфизм характерен для многих лизосомных болезней накопления, в том числе и для мукополисахаридозов (МПС). Это затрудняет дифференциальную диагностику этих болезней на клиническом уровне.

**Цель исследования.** Представить клинический случай у ребенка с МПС с Гурлер-подобным фенотипом (МПС II и МПС VI) с фармрезистентной эпилепсией.

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

**Результаты.** Девочка от 3-й беременности (1-я — выкидыш, 2-я — мед. аборт), протекавшей на фоне гестоза. Роды 1-е благополучные, в срок, с массой 3000 г. Наследственность не отягощена. Нервно-психическое развитие с задержкой: голову держит с 4 мес, переворачивается со спины на живот с 7 мес, сидела с поддержкой с 10 мес, стояла у опоры с 11 мес. Дебют эпилепсии в возрасте 9 мес, по поводу чего госпитализирована в педиатрическое отделение БУ «СГКБ» г. Сургута. Обследована: на МРТ головного мозга умеренная смешанная гидроцефалия. ВЭЭГМ: региональная эпилептиформная активность в левых задневисочных отведениях. Офтальмолог: Атрофия зрительного нерва. Нейропатия ОИ (ЧАЗН?). Слабовидение. Несмотря на регулярный прием противосудорожных препаратов, у девочки сохранялись частые эпилептические приступы. Неоднократно получала стационарное лечение в БУ «СГКБ» г. Сургута, в неврологическом отделении БУ «ОДКБ» г. Нижневартовска. При подборе терапии использовались депакин, топамакс, суксилеп, паглюферал-1, глюкокортикостероиды с неполным клиническим эффектом. В настоящее время проводится постепенная отмена топамакса.

**Заключение.** В случае сочетания фармакорезистентной эпилепсии с утратой навыков и поражением органов чувств необходимо исключить наследственную патологию, что позволит уточнить прогноз заболевания и подобрать терапию с учетом этиологического фактора.

**Пономарева Н. А., Кузнецова О. Н., Тихонова Н. Н., Донникова Н. А.,  
Веснина Н. Ф.**

*Сургутская городская клиническая больница, Сургут, Российская Федерация*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ ВСЛЕДСТВИЕ ДУПЛИКАЦИИ УЧАСТКА КОРОТКОГО ПЛЕЧА ХРОМОСОМЫ 16-16p11.2 С ФАРМРЕЗИСТЕНТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ**

**Актуальность.** В России благодаря улучшению лабораторной базы появилась возможность генетических исследований в области диагностики эпилепсии.

**Цель исследования.** Представить клинический случай генетической эпилепсии вследствие дупликации участка короткого плеча хромосомы 16-16p11.2 с фармрезистентным течением.

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

**Результаты.** Артем Б., 4 года 2 мес. Диагноз: Эпилепсия генетическая (вследствие дупликации участка короткого плеча хромосомы 16-16p11.2) Фармрезистентное течение. Синдром детского церебрального паралича, гипотонически-астатическая форма. GMFCS 1–2-й уровень. Нарушение психоречевого развития с аутистическими чертами. Белково-энергетическая недостаточность, задержка физического развития. Жалобы на частые одиночные и серийные тонико-атонические приступы по типу кивков и падений 20–80 в сутки, шаткость походки, задержку психоречевого развития. Подбор терапии с января 2018 г. Течение эпилепсии фармрезистентное: вальпроат, левитирацетам, клоназепам, суксилеп, топирамат, кетогенная диета без эффекта. Отмечался кратковременный эффект на в/в введение большой дозы пиридоксина и ремиссия 4 мес после первого курса пульстерапии преднизолоном 25 мг/кг/сут. Дальнейшие курсы стероидов без эффекта. ЭЭГ 22.05.2019: мультирегионарная и генерализованная эпилептиформная активность высоким индексом во сне. Молекулярное кариотипирование: микродупликация участка короткого плеча (p) 16-й хромосомы с позиции 29 432 212 до позиции 30 177 249, захватывающая регион 16p11.2 размером 745 028 п. н. (OMIM:614671).

**Заключение.** Генетические исследования, выявляющие этиологию эпилепсии, позволяют более точно предсказать течение заболевания, улучшить подбор терапии, определить прогноз дальнейшего деторождения.

Попова И. В.<sup>1</sup>, Беляков В. А.<sup>1</sup>, Токарев А. Н.<sup>1</sup>, Колмогорцева С. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кировский государственный медицинский университет, Киров,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> Детский клинический консультативно-диагностический центр, Киров,  
Российская Федерация

## ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ *HELICOBACTER PYLORI* У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ

**Актуальность.** Данные о распространенности *Helicobacter pylori* у детей с хронической крапивницей немногочисленные и противоречивые.

**Цель исследования.** Изучить частоту встречаемости *H. pylori* у детей с хронической крапивницей.

**Пациенты и методы.** Проведено обследование 32 детей в возрасте от 12 до 18 лет с хронической крапивницей. Длительность заболевания на момент включения в исследование составляла  $8,2 \pm 1,8$  мес. Активность крапивницы оценивалась за последние 7 дней по шкале UAS-7 и составила  $20,2 \pm 0,7$  балла. Всем детям было проведено общеклиническое и комплексное обследование желудочно-кишечного тракта (УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия с определением *H. pylori*, дыхательный уреазный тест, ПЦР-исследование кала больного).

**Результаты.** Установлено что в 68,8% отмечалсяотягощенный анамнез по заболеваниям желудочно-кишечного тракта. У 37,5% больных отмечались боли в животе, изжога, отрыжка, изменение характера стула. По данным фиброгастродуоденоскопии, у 87,5% пациентов отмечалась патология желудка и двенадцатиперстной кишки. Положительный тест на *H. pylori* выявлен у 56,3% больных. Дыхательный уреазный тест был положительным в 78,2% случаев. При ПЦР-исследования кала выявляемость *H. pylori* составила 18,7%.

**Заключение.** На основании проведенного исследования можно рекомендовать всем детям с хронической крапивницей проведение комплексного обследования желудочно-кишечного тракта с консультацией гастроэнтеролога для своевременной диагностики и лечения сопутствующей патологии.

**Порецкова Г. Ю., Печкуров Д. В., Тяжева А. А.**

*Самарский государственный медицинский университет, Самара,  
Российская Федерация*

## **СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ: НАБЛЮДЕНИЕ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К ОБУЧЕНИЮ**

**Актуальность.** Поступление в школу сопровождается необходимостью приспособления ребенка к условиям современной образовательной среды. Именно в это время неадекватные нагрузки могут привести к формированию негативного отношения к обучению, развитию школьной дезадаптации и вегетативной дисфункции.

**Цель исследования.** Выявление современных закономерностей течения периода адаптации школьников к обучению.

**Пациенты и методы.** Проводилось наблюдение за 395 учащимися первых классов: мальчиков 202 человека ( $7,1 \pm 0,1$  года), девочек — 193 ( $7,2 \pm 0,1$  года). Пятикратно в течение учебного года у детей определялись функциональные показатели, рассчитывались уточняющие индексы. Для оценки данных использовали статистический анализ с определением параметрических и непараметрических параметров.

**Результаты.** Установлено ухудшение показателей у большинства детей с выходом за пределы нижних рефересных значений, особенно первые 3 мес от начала обучения. Отмечена активация симпатического отдела вегетативной нервной системы, снижение функционального состояния респираторной системы, физической работоспособности, нарушений биологических ритмов. В начале учебного года 28,0% детей уже имели напряжение адаптации (НАд), в течение года доля таких детей возрастала до 44,5. Причем через месяц от начала обучения НАд выявлялось чаще среди мальчиков (43,1%), далее происходило уменьшение таких детей до 15%. Среди девочек частота НАд постепенно нарастала до 3-й четверти (52%), со снижением только в конце учебного года до 20%. Отмечено, что при исходном варианте НАд у каждого третьего учащегося происходило улучшение функционального состояния, а у 45% учащихся было длительное сохранение напряженного реагирования более 6 мес, что определено как перманентное течение адаптации.

**Заключение.** Таким образом, течение адаптации детей к обучению имеет гендерные особенности, перманентное течение адаптивных процессов и носит разнонаправленный характер. Эти характеристики следует учитывать при наблюдении за детьми, приступающими к обучению.



**Почивалов А. В., Панина О. А., Круглая И. А.**

*Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко,  
Воронеж, Российская Федерация*

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ЛАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**Актуальность.** Острые ларинготрахеиты в настоящее время занимают лидирующее место в структуре детской заболеваемости, это связано с возрастными особенностями строения дыхательных путей у детей, которые способствуют быстрому развитию отека. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) утяжеляет течение ларингитов.

**Цель исследования.** Анализ особенностей течения острых ларингитов у детей на фоне дисплазии соединительной ткани.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находилось 210 детей (124 мальчика и 86 девочек) в возрасте от 1 года 2 мес до 5 лет. Этиологическим фактором у всех детей являлась вирусная инфекция: вирусы парагриппа 1-го и 3-го типов (70%), реже выделялись вирусы гриппа А и В (20%), аденовирус (9%), респираторно-синтициальный вирус (1%).

**Результаты.** У всех детей с ДСТ, отмечался более длительный период лечения по сравнению с детьми, не имеющими признаков изменения соединительной ткани на 3,5 дня. Терапия у детей с ДСТ отличалась большими дозами ингаляционных глюкокортикостероидов и более длительным применением парентеральных форм глюкокортикостероидов: продолжительность применения парентеральных ГКС была больше в среднем на 3 дня. В наших исследованиях у большинства детей с острыми ларинготрахеитами было отмечено снижение IgA в крови и слюне, что свидетельствует о задержке созревания местного иммунитета и склонности к развитию воспалительных заболеваний. Уровень общего иммуноглобулина А слюны у детей с ДСТ во всех группах был снижен до среднего значения 141 мг/л (127,0–160,0 мг/л) при норме 200–1000 мг/л. Аналогичное исследование детей без ДСТ дало результаты, превышающие выше указанные значения в 1,7 раза. Учитывая нормальное содержание у этих детей В-лимфоцитов в крови, изменение факторов местного иммунитета, вероятно, является определяющим в частых заболеваниях детей с ДСТ острыми респираторными инфекциями: дети с ДСТ относились к группе ЧБД в 2 раза ( $p < 0,01$ ) чаще своих сверстников, не имеющих признаков ДСТ.

**Заключение.** Наличие дисплазии соединительной ткани у детей является фактором, способствующим более длительному и тяжелому течению ОРВИ.

Прилуцкая В. А.<sup>1</sup>, Павловец М. В.<sup>1</sup>, Скрипленок Т. Н.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА С УЧЕТОМ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА

**Актуальность.** В современном мире наблюдается рост женщин фертильного возраста с сахарным диабетом (СД). Проблема взаимосвязи между степенью компенсации углеводного обмена по целевому уровню гликированного гемоглобина (HbA1c) во время беременности и состоянием здоровья новорожденных требует дальнейшего изучения.

**Цель исследования.** Оценить состояние сердечно-сосудистой системы по данным ЭхоКГ у детей от матерей с сахарным диабетом 1-го типа с учетом уровня HbA1c.

**Пациенты и методы.** Исследование проведено на базе ГУ РНПЦ «Мать и дитя» в 2018–2019 гг. Группу наблюдения составили 89 доношенных новорожденных от матерей с СД 1-го типа. Сформированы 3 группы в зависимости от максимальных уровней HbA1c накануне, в 1, 2 и 3-м триместрах беременности: Gr1 — 28 (31,5 ± 4,9%) новорожденных от женщин с компенсированным течением СД 1-го типа (HbA1c 4,5–6,0%), Gr2 — 41 (46,1 ± 5,3%) детей от матерей с уровнем показателя от 6,1 до 8%, Gr3 — 20 (22,5 ± 4,4%) младенцев от матерей HbA1c > 8%. Группа контроля — 25 детей от матерей с физиологической беременностью. Полученные данные обработаны с применением программ Microsoft Excel, Statistica 10.0.

**Результаты.** Средняя масса тела (МТ) новорожденных составила 3542 ± 527 в Gr1, 3625 ± 565 в Gr2 и 3836 ± 469 г в Gr3. Дети от матерей с уровнем HbA1c > 8% во время беременности имели достоверно ( $p = 0,04$ ) большую МТ, по сравнению с детьми от женщин с уровнем HbA1c < 6%. Длина тела детей не имела различий. В раннем неонатальном периоде фракция укорочения (ФУ) в Gr1 была равна 31,7 ± 3,5%, Gr2 — 36,0 ± 3,7%, Gr3 — 30,6 ± 3,6% ( $P1-2 = 0,041$ ,  $P2-3 = 0,022$ ); фракция выброса (ФВ) в Gr1 — 63,0 ± 5,2%, Gr2 — 68,7 ± 5,2%, Gr3 — 61,0 ± 4,3% ( $P1-2 = 0,042$ ,  $P2-3 = 0,020$ ). В позднем неонатальном периоде у новорожденных от матерей с низким уровнем компенсации углеводного обмена группы сохранялись достоверно большие размеры межжелудочковой перегородки: Gr3 — 5,74 ± 1,56 мм, Gr1 — 4,24 ± 0,76 мм, Gr2 — 4,72 ± 1,14 мм,  $P1-3 < 0,001$ ,  $P2-3 = 0,01$ . Размеры задней стенки левого желудочка составили 2,83 ± 0,48, 3,14 ± 0,39, 3,41 ± 0,55 мм соответственно в исследуемых группах ( $P1-3 = 0,002$ ,  $P2-3 = 0,05$ ). В позднем неонатальном периоде ФУ у пациентов обследованных групп была в Gr1 — 35,6 ± 3,0%, Gr2 — 33,3 ± 3,1%, Gr3 — 36,4 ± 5,1% ( $P1-2 = 0,033$ ,  $P2-3 = 0,037$ ). Дети Gr2 имели значимо более низкую ФВ (Gr2 — 65,3 ± 4,1%, Gr1 — 68,2 ± 3,8%, Gr3 — 69,5 ± 5,9%,  $P1-2 = 0,04$ ,  $P2-3 = 0,018$ ).

**Заключение.** Выявленные особенности функционирования сердечно-сосудистой системы у детей от матерей с различным уровнем компенсации СД 1-го типа позволят в дальнейшем определить критерии ранней диагностики нарушений адаптационно-резервных возможностей и выделить группы диспансерного наблюдения.

**Протасова Т. А., Ангырбан М. И., Чернюк О. С.**

*Кемеровская областная клиническая больница, Кемерово,  
Российская Федерация*

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАЛИЗУМАБА У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Всего в Кузбассе 6852 ребенка от 0 до 18 лет с диагнозом бронхиальная астма. Тяжелая неконтролируемая бронхиальная астма составляет 0,1%. С 2011 года у детей в Кемеровской области в лечении тяжелой астмы используется омализумаб.

**Цель исследования.** Изучить эффективность препарата омализумаб у детей с тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмой.

**Пациенты и методы.** Омализумаб получали 10 детей (5 — мальчики, 5 — девочки). Диагноз бронхиальной астмы установлен в 2–7 лет. У всех детей отмечались сниженная толерантность к физической нагрузке, частые обострения, требовавшие практически ежемесячной госпитализации в стационар. Уровень IgE 312–740 МЕ/мл. ОФВ<sub>1</sub> ниже 80% (51–77) и снижение ЖЕЛ (61–80%) до начала терапии выявлено у 6 больных. Возраст начала терапии 6–16 лет. Доза препарата 150–300 мг 1 раз в мес. Длительность терапии 3–9 лет.

**Результаты.** На фоне лечения омализумабом отмечена положительная динамика клинических симптомов: возросла физическая активность у всех детей, частота госпитализаций снизилась до 2–3 раз в год, частота ночных и дневных приступов уменьшилась в  $3,0 \pm 0,5$  раз. У одного ребенка длительная ремиссия (более 4 лет) атопического дерматита. 4 ребенка стали получать более низкие дозы ИГКС. ОФВ<sub>1</sub> имел тенденцию к росту и составил 91–103%, ЖЕЛ возросла до 92–108%. Два ребенка переданы во взрослую сеть, где продолжена терапия.

**Заключение.** Использование омализумаба в лечении тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмы приводит к повышению толерантности к физическим нагрузкам, снижает частоту ночных и дневных приступов астмы, позволяет корректировать терапию в пользу снижения дозы ИГКС, улучшает качество жизни пациентов.

**Пузанкова Н. В., Кузнецова Т. А., Кукушкин Д. В.**

*Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева, Орел,  
Российская Федерация*

## **ОЖИРЕНИЕ И КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ**

**Актуальность.** Ожирение, ставшее глобальной проблемой педиатрии, имеет ряд взаимовлияющих и усугубляющих коморбидных состояний.

**Цель исследования.** Определить корреляционные связи ожирения с коморбидными заболеваниями школьников.

**Пациенты и методы.** На базе консультативной поликлиники г. Орла по обращению родителей в течение года обследовано 2098 детей в возрасте от 7 до 18 лет. Массо-ростовые показатели школьников анализировались по модели Z-score с расчетом индекса массы тела/возрасту (BAZ) с помощью программы ANTHRO Plus. Соматический статус оценивался общеклиническими методами (сбор анамнеза, включая данные о физической активности ребенка, физикальное исследование, выкопировка сведений из амбулаторных карт). Для оценки корреляции показателя BAZ с анамнестическими данными и соматическим статусом проводился множественный линейный регрессионный анализ по методу наименьших квадратов.

**Результаты.** Число обследованных детей ( $n = 2098$ ) составило 3,1% популяции детей школьного возраста г. Орла ( $n = 67841$ ), что соответствует репрезентативности выборки с доверительной вероятностью 95%. Показатель BAZ оказался в норме у большинства обследованных детей — 74,1% ( $n = 1555$ ); ожирение — у 7,2% ( $n = 151$ ). При сравнительной оценке коморбидных заболеваний у детей с нормальным показателем BAZ и с ожирением достоверная разница оказалась по бронхиальной астме (БА) — соответственно 5,8 и 20,5%,  $p = 0,001$ , и соматоформным расстройствам — соответственно 8,4 и 50,9%,  $p = 0,0017$ . При проведении корреляционного анализа выявлены следующие статистически значимые связи ожирения с БА у ребенка и ожирением у матери — сильная положительная связь ( $r = 0,52$ ,  $p = 0,0017$ ); ожирения с БА и гиподинамией ребенка — сильная положительная связь ( $r = 0,78$ ,  $p = 0,0012$ ).

**Заключение.** Таким образом, сопутствующей ожирению патологией со статистически значимой корреляционной связью является БА на фоне гиподинамии ребенка и ожирения у матери.

**Пшеничная Е. В., Тонких Н. А., Усенко Н. А.**

*Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, Донецк*

## **ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН СИНКОПЕ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИКИ ПОСТНАГРУЗОЧНОГО ОРТОСТАЗА**

**Актуальность.** Синкопе и/или предобморочное состояние — один из симптомов, требующих проведения тщательного обследования. У детей чаще встречаются вазовагальные обмороки (ВВО) и ортостатическая гипотензия. Несмотря на доступность диагностических методов, в 38–47% случаев причина синкопе остается неустановленной.

**Цель исследования.** Повысить эффективность диагностики ВВО у детей, занимающихся в спортивных секциях, с использованием активного постнагрузочного ортостаза.

**Пациенты и методы.** Тредмил-тест с активным постнагрузочным ортостазом (ТТАПО) (патент на изобретение № 55476 от 10.12.2010) проведен 38 пациентам (10 девочек и 28 мальчиков) в возрасте 7–17 лет с обмороками неясного генеза в анамнезе. Синкопе отмечались как во время тренировки, так и без четкой связи с физической нагрузкой. Для исключения кардиального и вазовагального генеза синкопе детям были проведены обследования: электрокардиограмма покоя в 12 отведениях (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления (АД) с проведением тилт-теста, эхокардиография. На первом этапе у обследуемых изменения не выявлены.

**Результаты.** Во время физической нагрузки показатели гемодинамики находились в пределах нормальных значений у 100% пациентов. Применение ТТАПО позволило выявить причину синкопе у 14 (36,8%) детей. У 8 (21,1%) обследуемых — вазодепрессорный тип ВВО (индуцировано пресинкопе с жалобами на головокружение, потемнение в глазах, сопровождавшееся бледностью кожных покровов, гипергидрозом, снижением АД до 60/30 мм рт. ст. У 2 (5,3%) пациентов отмечалось резкое снижение частоты сердечных сокращений со 162 уд./мин. до 77 уд./мин. и АД более чем на 30 мм рт. ст. от исходных данных, что указывает на смешанный тип вазовагального синдрома. У 4 (10,5%) детей регистрировалась выраженная артериальная гипотензия в течение 20 минут активного постнагрузочного ортостаза, что позволило определить ортостатическую гипотензию как возможную причину потери сознания.

**Заключение.** Проведение ТТАПО детям с обмороками неуточненного генеза позволило повысить эффективность диагностики причин вазовагального синкопе (36,8% пациентов), оценить реакцию гемодинамики детей на физическую нагрузку и в течение периода активного постнагрузочного ортостаза.

**Рахмаева Р. Ф.<sup>1</sup>, Камалова А. А.<sup>1</sup>, Аюпова В. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Казанский государственный медицинский университет, Казань,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> Детская республиканская клиническая больница, Казань, Российская Федерация

## **АНАЛИЗ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА В ДИАГНОСТИКЕ НУТРИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

**Актуальность.** Дети с детским церебральным параличом (ДЦП) являются одной из групп пациентов, вызывающих наиболее значимые трудности в диагностике и лечении у них нутритивных нарушений. У детей этой сложной группы имеются целый ряд факторов, которые предрасполагают к развитию проблем с питанием.

**Цель исследования.** Целью нашего исследования является изучение частоты и особенностей нарушения нутритивного статуса.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 97 детей со спастической формой ДЦП (54 мальчиков и 43 девочек) в возрасте от 2 до 18 лет. Пациенты были классифицированы по уровню развития больших моторных функций — по шкале GMFCS. Были определены антропометрические параметры — рост, вес, ИМТ, для интерпретации которых использованы программы Anthro и Anthro Plus, а также критерии ВОЗ. Для определения компонентного состава тела использован метод биоэлектроемпедансометрии у 83 детей старше 4 лет. Все дети находились на питании *per os*.

**Результаты.** Распределение по уровню GMFCS было следующим: в группу GMFCS I вошли 30 детей (31%), в GMFCS II — 27 детей (28%), в GMFCS III — 9 детей (9%), GMFCS IV — 20 детей (21%), GMFCS V — 11 детей (11%). Было выявлено 43 ребенка (44,3%) с нормальным физическим развитием, 20 детей с белково-энергетической недостаточностью (БЭН) легкой степени (21%), 14 детей с умеренной БЭН (14,4%), 10 детей с тяжелой БЭН (10%), 9 детей с избытком массы тела (9,3%), 1 ребенок с ожирением (1%). Согласно биоимпедансометрии, наиболее значимый дефицит отмечается в содержании активной клеточной массы (АКМ), почти у половины детей с ДЦП отмечается дефицит белкового пула организма, при этом 2/3 всех детей со сниженным значением АКМ имели БЭН разной степени. По содержанию жировой массы тела (ЖМ, кг) дети с ДЦП в 2 раза чаще имеют ее избыток (30%), а не дефицит (16%). По содержанию мышечной массы дети с ДЦП имеют как дефицит, так и избыток примерно в равных пропорциях — 24 и 28%. Снижение уровня фазового угла, как показателя катаболической направленности метаболизма, выявлено у 37% детей, при этом в подавляющем большинстве у этих же пациентов выявлено снижение уровня АКМ.

**Заключение.** Так, в составе тела у детей с ДЦП белковый дефицит преобладает над дефицитом жировой массы. Содержание АКМ является наиболее точным показателем БЭН, а также предиктором риска развития катаболического сдвига метаболизма.

**Решиков Д. А.**

*Российская детская клиническая больница ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова», Москва, Российская Федерация*

## **АХОНДРОПАЗИЯ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЙ**

**Актуальность.** Наиболее тяжелые состояния у детей с ахондроплазией связаны с цервико-медуллярной компрессией, вызванной стенозом большого затылочного отверстия. Вероятность возникновения синдрома внезапной смерти во сне на 1 году жизни 7,5%. Крайне важна своевременная, полная диагностика и хирургическое лечение.

**Цель исследования.** Определение спектра необходимых диагностических мероприятий, оценка результатов, определение показаний и сроков к хирургии.

**Пациенты и методы.** За период с 2015 г. в нейрохирургическом отделении РДКБ обследован 51 пациент с ахондроплазией. Возраст от 4 мес до 3,5 лет. Во всех случаях диагноз подтвержден молекулярно-генетическим методом. В диагностике использовались: Магнитно-резонансная томография в стандартных T1, T2, FLAIR режимах + режим ликворографии, нейрофизиологическое исследование сна (полисомнография), оценка состояния глазного дна, оценка неврологического статуса. Определение степени стеноза БЗО проводилось по методу Y. Yamada и по шкале AFMSS. При проведении ПСГ определялось наличие центральных апное. Катамнез от 4 мес до 4 лет. Контроль включал МРТ и полисомнографию.

**Результаты.** Стеноз БЗО с цервико-медуллярной компрессией был выявлен у 31 пациента различной степени выраженности. В 13 случаях обнаруживалась зона илсциркуляции нарушений в верхнешейном сегменте спинного мозга и каудальных отделах ствола. При этом во всех случаях использования ликворографического режима определялось затруднение ликворообращения на уровне краниовертебрального перехода. По данным ПСГ регистрировались эпизоды центральных апное длительностью до 18 сек с частотой до 45 за ночь. При этом корреляции степени выраженности стеноза и количеством апное не получено. Изменения на глазном дне выявлены у 1 ребенка. В 20 наблюдениях стеноза не выявлено. Показания к декомпрессии БЗО выставлены у 31 пациента. Оперировано 19. Во всех случаях проведена костная декомпрессия БЗО, резекция дужки С1. Контрольное обследование, проведенное впервые через 3–4 мес, затем через 6 мес и 1 год во всех случаях выявило положительную динамику, как по данным МРТ, так и по данным полисомнографии — отсутствие стеноза и цервико-медуллярной компрессии, исчезновение эпизодов центральных апное. Рецидивов стеноза не наблюдалось. В неврологическом статусе уменьшение степени выраженности пареза, если выявлен ранее.

**Заключение.** У детей с подозрением на ахондроплазию в обязательном порядке необходимо проведение МРТ головного мозга и полисомнографии вне зависимости от клинических проявлений. Вовремя диагностированные изменения и проведенное хирургическое лечение полностью исключает развитие синдрома внезапной смерти во сне.



**Рогинский В. В.**

*Центральный научно-исследовательский институт стоматологии  
и челюстно-лицевой хирургии, Москва, Российская Федерация*

## **ПРОЩАЙ, ГЕМАНГИОМА!**

**Актуальность.** Одно из поражений кровеносных сосудов до настоящего времени большинством исследователей определяется, как детская или врожденная гемангиома и в большинстве классификаций позиционируются в группе доброкачественных опухолей, хотя таковой не является.

**Цель исследования.** При использовании всех методов обследования больных с сосудистыми поражениями вывести т. н. детские и врожденные гемангиомы из группы Опухоль.

**Пациенты и методы.** Исследование проведено на протяжении 20 лет, число обследованных более 5000 пациентов. Методы: клинический, лучевой, морфологический, ангиографический, капилляроскопический, лимфосцинцеграфия, статистический.

**Результаты.** Группа т. н. детских и врожденных гемангиом выведена из группы доброкачественных опухолей. Создана новая классификация опухолей кровеносных сосудов головы и шеи у детей, в которой имеется раздел гиперплазия кровеносных сосудов. Сформулирован алгоритм лечения.

**Заключение.** С учетом частоты рождаемости дети с данной патологией (1:100; 1:200) и применяемых до последнего времени неадекватных, агрессивных методов лечения стоит вопрос о пересмотре как названия «гемангиома», так и тактики лечения данного заболевания.

**Ройтберг Г. Е., Морозова Е. В., Эбич А. В.**

*АО «Медицина» (клиника академика Ройтберга), Москва, Российская Федерация*

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПЯТИШАГОВОЙ МОДЕЛИ МОТИВИРОВАНИЯ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ВАКЦИНИРОВАНИИ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** ВОЗ включила недоверие к вакцинации в список 10 глобальных угроз здоровью. Движение антипрививочников признано одной из главных причин этой проблемы. Прививать ли детей — выбор ответственности родителей. Он должен совершаться в условиях доступности информации по вакцинам и их осложнениям.

**Цель исследования.** Разработать эффективную схему работы с возражениями родителей, позволяющую уменьшить негативную реакцию и увеличить количество вакцинируемых детей.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ 342 карт детей 0–7 лет, подлежащих вакцинации по календарю прививок РФ. Карты детей с медотводами в работу не включались. Оценено состояние вакцинации по критерию документированной привитости: охват вакцинацией составлял 85,1%, что позволяет косвенно оценить состояние популяционного иммунитета. При работе с родителями была использована схема пяти шагов (выслушать–принять–уточнить–аргументировать–предложить). Схема пяти шагов была применена в течение 3 мес и позволила воздействовать на родителей со всеми высказанными аргументами, кроме религиозных причин. В результате применения данной модели поведения 14 родителей детей до года приняли решение о начале вакцинации (вакцина БЦЖ, Пентаксим), родители восьми детей от одного года дали согласие на проведение вакцинации по индивидуальному календарю (без вакцинации БЦЖ). Итогом проведенной работы стало увеличение охвата вакцинации до 91,5%.

**Результаты.** У 51 ребенка (14,9%) отмечены нарушения проведения вакцинации. Их них 15 человек не привиты совсем по причине отказа родителей от вакцинации, а 36 детей (10,9%) привиты с нарушением календаря прививок. При анализе структуры причин непривитости выявлены следующие родителями аргументы: иммунная система ребенка не созрела (11%), страх, обусловленный возможной токсичностью вакцин (8%), недоверие к проводимой вакцинации (39%), боязнь побочных эффектов (31%), религиозные причины 2%), другое (9%).

**Заключение.** Предлагаемая модель поведения врача-педиатра при работе с родителями увеличивает процент охвата вакцинацией детей на педиатрическом участке и может быть использована в работе врачей педиатров и инфекционистов для достижения 95–98% охвата вакцинацией.

**Рослова З. А., Орел В. В.**

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

**Актуальность.** Детская инвалидность — один из ключевых показателей, характеризующих не только состояние здоровья населения, но и уровень социально-экономического благополучия государства. Рост детской инвалидности инициирует поиск форм организационного сопровождения таких детей в условиях детских поликлиник.

**Цель исследования.** Определить возможные пути совершенствования медико-социального сопровождения детей-инвалидов в условиях детской поликлиники.

**Пациенты и методы.** Использована генеральная совокупность детей-инвалидов одного из районов крупного промышленного города. Проведен сравнительный анализ показателей комплексного медицинского сопровождения таких детей в поликлиниках в условиях отделений медико-социальной помощи и без таковых. Оценивались результаты эффективности динамического диспансерного наблюдения, объемных величин охвата комплексным медико-социальным патронажем, показатели доступности первичной, в том числе специализированной, медико-санитарной помощи. Были разработаны алгоритмы медико-социального сопровождения детей-инвалидов в отделениях медико-социальной помощи.

**Результаты.** В результате проведенных исследований были получены убедительные данные, свидетельствующие о более высоком уровне доступности для детей-инвалидов первичной, в том числе специализированной медико-санитарной помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе отделения медико-социальной помощи в сравнении с поликлиниками, где такие отделения отсутствуют. Указанное было подтверждено данными хронометража рабочего времени врачей педиатрического профиля на работу с детьми-инвалидами (в 3,6 раз больше), кратностью посещения детской поликлиники (в 2,5 раза больше), временем ожидания консультаций врачей-специалистов и лабораторных и инструментальных исследований (в 1,6 раза). Кроме этого в условиях медико-социальных отделений комплексный медико-социальный патронаж семьи проводится в 4,2 раза чаще, чем в поликлиниках, где такие отделения отсутствуют. Эффективность динамического диспансерного наблюдения за детьми инвалидами в условиях отделений медико-социальной помощи на 43,7% выше, в условиях традиционных педиатрических отделений.

**Заключение.** Таким образом, в условиях роста показателей детской инвалидности оптимальной формой комплексного сопровождения детей-инвалидов в детских поликлиниках можно считать работу отделений медико-социальной помощи, обеспечивающих максимальный уровень доступности первичной медико-санитарной помощи детям.

**Рыжий А. П.**

*Детская городская клиническая поликлиника № 8, Челябинск,  
Российская Федерация*

## **ДЕТСКИЙ САД ДЛЯ «СЛАДКИХ» ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** В г. Челябинске на диспансерном учете с сахарным диабетом 1-го типа состоит 451 ребенок. Дошкольного возраста из них 120 человек, большую часть времени находящихся дома. Таким образом, функционирование группы в дошкольном учреждении для детей с сахарным диабетом 1-го типа является жизненно необходимым.

**Цель исследования.** Определить степень компенсации сахарного диабета 1-го типа у детей, посещающих муниципальный детский сад.

**Пациенты и методы.** Группа рассчитана на 20 детей, зачислено в группу 23 человека. Постоянно посещает детский сад в среднем 20 человек. Медицинское наблюдение за детьми в группе с 7:30 до 19:00 осуществляют 2 врача-эндокринолога детских и 2 медицинские сестры, прошедшие стажировку в отделении эндокринологии. Для оценки степени компенсации сахарного диабета 1-го типа у детей, посещающих дошкольное образовательное учреждение производили исследование уровня гликированного гемоглобина, общего анализа мочи один раз в 3 мес сплошным методом, а также сахарной кривой еженедельно.

**Результаты.** 1. За период работы группы в детском саду для детей с сахарным диабетом 1 типа случаев декомпенсации заболевания не зарегистрировано. 2. Зарегистрирован один случай повышения уровня глюкозы крови до 19,5 ммоль/л у ребенка, находящегося на инсулиновой помпе по причине обтурации катетера. Благодаря постоянному контролю медицинской сестры за детьми, находящимися в детском саду, удалось клинически заподозрить повышение сахара крови, вовремя ввести инсулин шприц-ручкой, вызвать родителей, чтобы заменить катетер и не допустить ухудшение состояния ребенка. 3. Средний показатель гликированного гемоглобина у всей группы за период с сентября 2018 по декабрь 2019 г. снизился с 8,52 ммоль/л до 7,4 ммоль/л (13%). У двоих детей средний показатель гликированного гемоглобина остался на прежнем уровне, у двоих детей средний показатель гликированного гемоглобина повысился на 2% по причине нерегулярного посещения детского сада. 4. В общем анализе мочи средний показатель уровня глюкозы снизился с +++ (трех крестов) до + (одного креста), уровня кетонов снизился с ++ (двух крестов) до отсутствия кетонов в моче. 5. Наблюдается сглаживание кривой уровня сахара.

**Заключение.** 1. Снижение среднего показателя уровня гликированного гемоглобина (до 7 ммоль/л) является одним из наиболее эффективных методов профилактики возникновения осложнений сахарного диабета 1-го типа. 2. Происходит социальная адаптация детей. 3. Отмечено повышение качества жизни семьи в целом.

**Рычкова С. В.<sup>1,2</sup>, Ведяшкина М. С.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> *Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Детская городская клиническая поликлиника № 8, Челябинск, Российская Федерация*

## **ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ НЕЙРОИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** О формировании кардиологической патологии на фоне инфекционных заболеваний известно давно, но диагностируется она редко, учитывая отсутствие специфических жалоб, клинических и лабораторных признаков. Нейроинфекции — группа заболеваний при которых поражается главный регулятор всех функций организма.

**Цель исследования.** Изучение характера поражения сердца у детей при нейроинфекциях.

**Пациенты и методы.** Обследовано 58 детей с нейроинфекциями, госпитализированных в МАУЗ ДГКБ № 8 г. Челябинск в 2018–2019 гг. Структура нейроинфекций представлена: гнойными менингитами (ГМ) (n = 13), серозными менингитами (СМ) (n = 25) и энцефалитами (n = 20). Всем детям проводилась стандартная ЭКГ в динамике: перед выпиской из стационара, через 1, 3 и 6 мес после выписки из стационара.

**Результаты.** При выписке из стационара изменения на ЭКГ зарегистрированы: СМ (100%), ЭФ (85,71%), ГМ (76,92%). В динамике, через 1 мес: ГМ и ЭФ (100%), СМ (44%); через 3 мес СМ (100%), ЭФ (75%), СМ (44%); через 6 мес: ЭФ (75%), ГМ (46,15%), СМ (44%). При выписке регистрировались: синусовая тахикардия (СТ) (ГМ — 70%, ЭФ — 25%, СМ — 24%), синусовая брадикардия (СБ) (ГМ — 20%, ЭФ — 25%, СМ — 24%), миграция источника ритма (ГМ — 10%, ЭФ — 16,67%, СМ — 20%), аритмия дыхательного типа (ЭФ — 8%, СМ — 24%), нарушение внутрижелудочковой проводимости (НВЖП) (ГМ — 10%, ЭФ — 25%, СМ — 20%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ) (ГМ — 10%, ЭФ — 25%, СМ — 8%), нарушение процессов реполяризации (ГМ—10%). В динамике: миграция источника ритма и электролитные нарушения в миокарде не регистрировались, НБПНПГ не регистрировалась с 3-го мес при ГМ и СМ; метаболические нарушения в миокарде сохранялись до 3 мес при СМ и ЭФ; НВЖП регистрировалось во все периоды при ГМ и СМ, до 3-го мес при ЭФ; СТ и СБ регистрировались во все периоды наблюдения примерно на одинаковом уровне и на 6-м месяце составили СТ: 70% при ГМ, 16% при СМ, 20% при ЭФ, СБ: 30% при ГМ, 20% при СМ, 24% при ЭФ.

**Заключение.** ЭКГ является важным компонентом диагностики системности поражения при нейроинфекциях, и также необходимым компонентом динамического наблюдения за детьми перенесшими нейроинфекции, т.к. позволяет своевременно обнаружить поражение сердца, привлечь специалистов, скорректировать терапию.

**Рязанова Т. А., Трунова Ю. А.**

*Детская городская клиническая больница № 11, Екатеринбург,  
Российская Федерация*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НОВОРОЖДЕННОГО**

**Актуальность.** Распространенность артериальной гипертензии среди новорожденных составляет 0,2–1,3–3%. Артериальная гипертензия у новорожденных всегда вторична и чаще всего обусловлена патологией почек.

**Цель исследования.** Представить клинический случай реноваскулярной артериальной гипертензии в неонатальном периоде.

**Пациенты и методы.** Девочка И., возраст 2 мес, обследованная на базе кардиологического отделения МАУ ДГКБ № 11. Ребенок от 3-й беременности, протекавшей на фоне гестационного СД, многоводия, гипертонической болезни. Роды 2, оперативные в сроке 37 нед. Масса при рождении 3040 г, длина 49 см. С первых суток жизни артериальная гипертензия ПР 118/75, ЛР 121/77, ПН 120/71, ЛН 123/74 мм рт. ст. в динамике ДАДросло до 106–113 мм рт. ст.

**Результаты.** При обследовании на базе ОПЦ в периоде новорожденности по данным УЗИ сосудов почек: снижение васкуляризации правой почки, снижение скоростных показателей кровотока справа на всех уровнях, слева — на уровне паренхимы. На УЗДГ сосудов почек: стеноз правой почечной артерии. При проведении динамической реносцинтиграфии: дисплазия ткани правой почки со снижением функционального вклада средней степени. КТ-ангиография: признаки стеноза проксимальной части правой почечной артерии. В терапии: гипотиазид 3,125 мг 1 р/д утром, пропранолол 2,5 мг 2 р/д. В динамике в возрасте 2 мес на ЭхоКГ: камеры в норме, ФВ 68%, МЖП 4,2, ЗСЛЖ 3,4 мм. ФОО. УЗДГ сосудов почек — данных за стеноз не получено. Вновь зафиксировано повышение АД до 120–130/100 мм рт. ст. Ребенок госпитализирован в кардиологическое отделение. На повторном УЗИ почек: правая почка меньше левой на 5 мм. УЗДГ сосудов почек: доп. артерия правой почки с повышением сосудистого сопротивления, снижена васкуляризация в паренхиме правой почки. Данных за стеноз не получено. Альдостерон 652,76 пг/мл, ренин 29 пг/мл. Увеличена доза анаприлина до 1,5 мг/кг/сут, гипотиазида до 2 мг/кг/сут. АД на фоне коррекции терапии 82/49, 92/42, 104/68 мм.

**Заключение.** Таким образом, ренальная артериальная гипертензия в неонатальном периоде требует своевременной диагностики и подбора терапии, а также динамического наблюдения у специалистов на амбулаторном этапе.

**Сависько А. А., Гончаров С. Г., Мясников С. П.**

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

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Актуальность.** В настоящее время дополнены современные представления об иммунопатогенезе атопического дерматита (АтД), определяющие новые подходы в профилактике и терапии заболевания. Установлено значение новых групп препаратов, определяющих течение и прогноз АтД.

**Цель исследования.** Оценить эффективность проактивной наружной терапии, в сочетании с назначением витамина D и пробиотических препаратов при лечении АтД у детей.

**Пациенты и методы.** Произведен анализ 48 историй развития (форма 113у) детей раннего возраста (27 девочек, 21 мальчик), состоящих на диспансерном наблюдении в поликлиническом отделении ДГБ № 2 г. Ростова-на-Дону с диагнозом АтД, младенческая форма, средней степени тяжести, стадия обострения.

**Результаты.** Установлено, что 26 детям (54,2%) (I группа) было назначено базовое лечение заболевания с регулярным использованием эмолентов, витамина D и пробиотических препаратов. Однако у 22 больных (45,8%) в комплексе терапии отсутствовали эмоленты, витамин D и пробиотики, что позволило определить их в отдельную группу (II гр.). Динамическое наблюдение установило более быстрое наступление клинического улучшения у 82% детей I группы к 5–7-му дню. Во II гр. процент детей с положительной динамикой составлял только 44%, что обосновало назначение консультации аллерголога-иммунолога 56% детей для достижения контроля над заболеванием. Им был произведен индивидуальный подбор эмолентов, назначены пробиотические препараты, содержащие штамм LGG, имеющий генетический паспорт и доказанную эффективность при лечении атопии. Также был исследован уровень 25(OH)D<sub>3</sub>, выявивший недостаточность витамина у 28%, дефицит — у 40% и выраженный дефицит у 17% пациентов и назначены индивидуальные лечебные дозы. Кроме того, была проведена работа с родителями детей, коррекция рациона питания, разъяснены принципы элиминационной диеты, ведения пищевого дневника, требования по уходу за кожей.

**Заключение.** Назначение эмолентов, витамина D и пробиотиков в дополнение к основной терапии определило положительную трансформацию клинической картины и более надежный контроль заболевания.



**Сависько А. А., Пятницкая С. А., Синельникова А. Г.**

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

## **СОБЛЮДЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** В настоящее время доказаны принципиально новые представления о синтезе витамина D и его «неклассических» эффектах, важных для формирования здоровья детей.

**Цель исследования.** Анализ соблюдения современных подходов к профилактике и коррекции недостаточности витамина D у детей в амбулаторно-поликлиническом звене.

**Пациенты и методы.** Проведение анализа 60 историй развития (форма 112-у) детей раннего возраста и анкетирование 60 врачей-педиатров участковых г. Ростова-на-Дону.

**Результаты.** Анализ установил, что профилактическую дозу витамина D получали 83,0% детей первого; 75,1% — второго; и 48,2% — третьего года жизни. Соответствие таковых доз рекомендуемым было выявлено у 58,3% детей первого; 41,7% — второго; и у 20,3% детей третьего года жизни. При этом в 43,3% случаев прием препарата назначался только в осенне-зимний период, чаще при искусственном вскармливании, что не соответствует современным рекомендациям. Анализ данных историй развития установил, что у половины обследуемых детей (52,5%) был отягощен преморбидный фон, при этом 72,2% из них не получали профилактические дозы витамина D, значимые для развития различных патологий. Результаты анкетирования выявили, что не все врачи отмечают роль витамина D в профилактике развития обструктивных респираторных заболеваний (61,7%), атопических состояний (51,7%), ожирения и сахарного диабета (45% соответственно), а также аутоиммунной патологии (33,3%), указывая только на его значимость в регуляции кальций-фосфорного обмена (100%). Только у 5 детей (8,3%) с клиническими проявлениями иммуносупрессии был определен уровень витамина D для установления степени дефицита и назначения, при необходимости, лечебных доз.

**Заключение.** Результат исследования показал необходимость повышения профессиональных компетенций врачей-педиатров в современных подходах к профилактике и коррекции недостаточности витамина D, акцентируя внимание на его значимости в развитии иммуноопосредованных заболеваний у детей.

**Савчук Д. В.<sup>1</sup>, Шин В. Ф.<sup>1</sup>, Теплякова Е. Д.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Детская городская больница № 1, Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

## **ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

**Актуальность.** Ожирение — одна из проблем здравоохранения многих стран. Зачастую оно оказывает значительное влияние на бюджет здравоохранения страны и снижает качество жизни. Ожирение в детском возрасте вызывает широкий спектр осложнений и повышенный риск развития ряда хронических заболеваний.

**Цель исследования.** Провести оценку гормонального профиля (ТТГ, Т4 свободный, пролактин, инсулин) детей с метаболическим синдромом.

**Пациенты и методы.** Обследовано 200 детей в возрасте от 10 до 17 лет, проживающих в Ростове-на-Дону: 100 из них с метаболическим синдромом (группа 1), группа контроля — 100 здоровых детей.

**Результаты.** При оценке гормонального профиля отмечено, что все анализируемые показатели у детей с метаболическим синдромом выше, чем у детей контрольной группы: среднее значение ТТГ у детей группы 1 составило 5,270 мкМЕ/мл, у здоровых детей — 2,932 мкМЕ/мл. Уровень Т4 свободного в группе 1 составил 13,123 пмоль/л, в группе контроля — 11,668 пмоль/л. Среднее значение пролактина в группе 1 — 292 мМЕ/л, в группе контроля — 158,982 мМЕ/л. Уровень инсулина у детей группы 1 составил 33,16 мкМЕ/мл и был значительно выше, чем в группе контроля (7,995 мкМЕ/мл). При этом у 68 детей (68%) из группы 1 уровень инсулина превысил норму.

**Заключение.** Своевременная профилактика и коррекция избыточной массы тела у детей позволит улучшить качество жизни и снизить риск развития ряда хронических и социально значимых заболеваний.

**Салова М. Н., Рунова О. С., Силкина Н. Н.**

*Ивановская клиническая больница им. Куваевых, Иваново,  
Российская Федерация*

## **НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА»**

**Актуальность.** Повышение доступности медицинской помощи детям, в том числе с патологией нервной системы, сокращение времени ожидания комплексной реабилитационной помощи в амбулаторных условиях детской поликлиники является приоритетной задачей проекта «Бережливая поликлиника».

**Цель исследования.** Провести анализ работы отделения медицинской реабилитации для детей с последствиями перинатальных поражений нервной системы, открытого в поликлинике.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ работы отделения медицинской реабилитации детской поликлиники № 8 г. Иваново, которое посетили за 2018 г. 578 пациентов в возрасте 1–15 лет с патологией нервной системы (1-я группа). Группу контроля составили пациенты аналогичного возраста, получавшие традиционную, преимущественно медикаментозную помощь согласно синдромальному диагнозу. Из обследования были исключены дети, имеющие тяжелую органическую патологию нервной системы, дегенеративные заболевания, интеллектуальную недостаточность, диагностированную психиатром, эпилепсию, хроническую соматическую патологию. Социальный статус пациентов обеих групп был равнозначным.

**Результаты.** Работа отделения основана на оказании трехэтапной помощи в системе комплексной реабилитации. Первый этап включает диагностику неврологического и соматического состояния, определение функциональных резервов организма ребенка, особенностей его когнитивного, поведенческого и речевого статуса. Результатом является определение реабилитационного потенциала и прогноза, составление индивидуальной программы реабилитации. Второй этап — коррекционный — включает физиотерапевтические процедуры, кинезиотерапию, сегментарный массаж, психолого-педагогические и логопедические занятия, обучение родителей эффективным способам развития ребенка в естественных жизненных ситуациях, консультации по вопросам семейного воспитания. Затем оценивается эффективность этапа и составляется программа оздоровительных и развивающих мероприятий. Они реализуются на третьем, поддерживающем, этапе в условиях семьи. Компенсация неврологических синдромов была достигнута у 47,8% пациентов 1-й группы, в отличие от 30,5% детей контрольной группы. Повышение показателей когнитивного функционирования достигнуто у 56,8% 1-й группы (25,7% — в группе контроля), снижение уровня тревожности — у 52,3% (20,8% — в группе контроля).

**Заключение.** Открытие отделения медицинской реабилитации при детской поликлинике позволяет максимально приблизить комплексную помощь детям с патологией нервной системы, сократить время ожидания получения медико-психолого-педагогической поддержки, оказывает стационарзамещающий эффект.

**Самороднова Е. А., Сахабетдинов Б. А.**

*Казанский государственный медицинский университет, Казань,  
Российская Федерация*

## **ЗНАЧЕНИЕ СЕМЕЙНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА**

**Актуальность.** Заболевания органов желудочно-кишечного тракта в детском возрасте находятся на лидирующих позициях, и поэтому изучение традиций питания в семье как ведущего фактора пищевого поведения ребенка представляется актуальным.

**Цель исследования.** Изучить особенности семейного питания детей раннего и дошкольного возраста.

**Пациенты и методы.** Проведен опрос 96 родителей детей в возрасте от 1 до 15 лет по анкете, разработанной ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии».

**Результаты.** Был составлен социальный портрет семьи: 91% детей живут в полной семье, причем в 1/2 из них 2 ребенка. Высшее образование имели 80% матерей и 71% отцов. Большинство имеют средний уровень дохода и только 4,2% — неудовлетворительный. Семейная наследственность была отягощена артериальной гипертензией (83,3%), сахарным диабетом 2 типа (21%), ожирением (12,5%). Грудное вскармливание на 1 году жизни до 6 мес получали 50% детей, до 3 мес — 23%, до 9 — только 15,6%. Прикорм вводился с 6 мес 58,3% опрошенных, отмечалось несвоевременное введение прикорма: раннее (до 4 мес) 25%, позднее (с 7 мес) 8,7%. Первым продуктом прикорма у 42% детей было овощное пюре, у 29% фруктовое, сок 13%, каша в 9% анкет. С общего стола 1/3 детей начала питаться с 1 года, с 1,5 лет — 24%, с 2 лет — 23%, с 3 лет — 13,5%. Горячие блюда 3 раза в день дети получают в 69% случаев, 2 раза в день — 24%. Количество приемов пищи у детей в основном 3–4 раза в день (61,5%), 4–5 раз — 25%, но при этом только 49% детей имеют регулярный режим питания. Потребление фастфуда детьми отмечают с 3 лет. Выявлено недостаточное потребление мяса, творога, овощей и фруктов. У 60% детей отмечались алиментарнозависимые заболевания.

**Заключение.** Наиболее негативными тенденциями семейного питания по результатам исследования стали ранний перевод детей на общий стол, отсутствие регулярного режима питания, недостаточное количество в рационе горячих блюд и его несбалансированность, что, несомненно, существенно повлияло на здоровье детей.

**Самохвал О. В.**

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск,  
Республика Беларусь*

## **ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИНДАЛИН**

**Актуальность.** Актуальность поиска объективных критериев диагностики хронического тонзиллита обусловлена широкой распространенностью данной патологии в детском возрасте (до 8,5–15%; Горошенко Т. Л. и соавт., 2010). Ультразвуковое исследование дополняет результаты клинического осмотра и открывает новые возможности.

**Цель исследования.** Поиск ультразвуковых критериев хронического тонзиллита при гипертрофии небных миндалин у детей посредством ультразвукового исследования.

**Пациенты и методы.** Исследование проведено среди 58 детей в возрасте 10 (6–15) лет, имеющих гипертрофию небных миндалин. Все пациенты находились на диспансерном наблюдении у отоларингологов. Всем проведено ультразвуковое исследование миндалин, оценено состояние регионарных лимфатических узлов в области шеи. Определялись линейные размеры обеих миндалин (высота, длина, ширина), толщина капсулы и максимальная ширина лакун; вычислялся их объем, и оценивалось состояние артериального кровотока посредством энергетического доплеровского исследования. Эхогенность структуры миндалин оценена путем сравнения с эхогенностью ткани слюнных желез.

**Результаты.** К местным признакам хронического тонзиллита относят гиперемию и отечность небных дужек, наличие казеозных пробок в лакунах миндалин, инфильтрацию и гиперплазию краев передних дужек, сращение и спайки миндалин с дужками и треугольной складкой, увеличение отдельных регионарных лимфатических узлов, болезненность при их пальпации. Проведенное нами ультразвуковое исследование гипертрофированных миндалин у детей позволило выявить признаки хронического тонзиллита у 23,7–34,2%. Значимое (более 10 мм) увеличение ширины регионарных лимфоузлов отмечено у 28,9% обследованных. Линейные размеры миндалин составили: длина —  $22,86 \pm 1,03$  мм, высота —  $15,79 \pm 0,79$  мм, ширина —  $21,15 \pm 0,84$  мм. Объем миндалин был  $3,97 \pm 0,44$  см<sup>3</sup>. При этом толщина капсулы составила  $0,71 \pm 0,05$  мм, а ширина лакун —  $1,52 \pm 0,07$  мм. Эхогенность паренхимы была повышена у 36,8% детей и значительно повышена у 15,8% обследованных. Особенности артериального кровоснабжения нами выявлены у 5 детей, что выразалось в индивидуальных особенностях отхождения правой небной артерии от наружной сонной.

**Заключение.** К ультразвуковым признакам хронического тонзиллита следует отнести наличие: широких лакун, утолщение капсулы, увеличение объема, повышение эхогенности паренхимы. Проведение предварительного ультразвукового исследования миндалин показано пациентам с планируемой тонзиллотомией/эктомией.

**Сафина Э. Р.**

*Казанский государственный медицинский университет, Казань,  
Российская Федерация*

## **КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА**

**Актуальность.** Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) у детей часто сопровождаются нарушениями пищевого статуса. Нутритивные нарушения могут быть результатом снижения поступления эссенциальных макро- и микронутриентов. Компонентный состав тела наряду с антропометрическими параметрами также претерпевает изменения.

**Цель исследования.** Оценить параметры пищевого статуса (антропометрические показатели и компонентный состав тела) у детей с ВЗК в зависимости от формы и стадии заболевания.

**Пациенты и методы.** Мы оценивали антропометрию и состав тела у 33 детей (14 девочек и 19 мальчиков) в возрасте 6–17 лет с ВЗК. 28 (84%) пациентов с диагнозом язвенный колит (ЯК), из которых 3 ребенка находятся в дебюте заболевания, 13 пациентов находятся в ремиссии, а 12 детей в стадии рецидива заболевания. 5 (15%) больных с болезнью Крона (БК) находится в стадии ремиссии. Для оценки параметров пищевого статуса использовали программу ВОЗ AnthroPlus и биоэлектрический импедансный анализ (БИМ).

**Результаты.** Нарушения пищевого статуса были выявлены у половины детей с ВЗК. В дебюте ЯК у 2/3 детей выявлена белково-энергетическая недостаточность (БЭН) умеренной степени и регистрировался дефицит жировой массы (ЖМ), тощей массы (ТМ) и активной клеточной массы (АКМ). ФУ (фазовый угол) у всех детей в дебюте был снижен и составил  $< 5,4^\circ$ . При рецидиве ЯК в основном наблюдались легкая и умеренная белково-энергетическая недостаточность (у 4 и 3 детей, соответственно). Тяжелая белково-энергетическая недостаточность была выявлена только у 1 больного. По данным БИА у детей с рецидивом ЯК наблюдались: дефицит мышечной массы (ММ) и АКМ у 7 детей (58%), чаще — избыток ЖМ у 5 детей (41%), чем ее дефицит (2 детей 16%). Снижение ФА  $< 5,4^\circ$  и  $< 4,4^\circ$  было зарегистрировано у 3 (25%) и у 2 пациентов (16%), соответственно. Показатель ФУ  $< 4,4^\circ$  указывает на высокую вероятность катаболических сдвигов в организме. В стадию ремиссии ЯК БЭН тяжелой степени была выявлена только у 3 детей (23%). Согласно результатам БИА у 5 детей (38%) сохранялся дефицит ММ и АКМ. Избыток ЖМ был выявлен у 5 детей (38%), а снижение ЖМ — только у 1 ребенка (7%). Сниженный уровень ФА ( $< 5,4^\circ$ ) был зафиксирован у 3 детей (23%).

**Заключение.** Таким образом, у большинства детей с ВЗК выявлены нарушения пищевого статуса, в основном обусловленные недостаточностью питания, которые проявляются не только дефицитом массы тела и задержкой роста, но и изменениями компонентного состава тела. Показатели состава тела зависят от стадии заболевания.

**Севастьянова Т. А.<sup>1</sup>, Бобошко И. Е.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Городская клиническая больница № 4, Иваново, Российская Федерация

<sup>2</sup> Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Российская Федерация

## **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ 16–17 ЛЕТ, ИМЕЮЩИХ СОЦИАЛЬНО НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ, И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ**

**Актуальность.** Состояние здоровья школьников 16–17 лет связано с продолжающимся созреванием физиологических систем организма и высших психических функций, закрепленных стереотипом социальной адаптации. Оно уязвимо к воздействию неблагоприятных факторов микросоциальной среды (семьи, школы, количество сверстников).

**Цель исследования.** Дать характеристику состояния здоровья подростков 16–17 лет, имеющих социальное неблагополучие для разработки алгоритма дифференцированного подхода.

**Пациенты и методы.** Обследовано 280 детей 15–17 лет, учащихся старших классов школ № 7, 4 г. Иваново, из них 157 подростка мужского и 123 женского пола. По общепринятому подходу изучения социального анамнеза, согласно приказу МЗ СССР от 12 февраля 1987 г. № 204 «О введении формализованных форм медицинской документации», нами выделено две группы подростков семей с социально благополучным расположением — 63,7% и неблагополучным — 36,3%.

**Результаты.** Критерием социального неблагополучия чаще был психологический микроклимат семьи (70,0% из 90). Эти дети имели III группу здоровья (88,5%). Анализ физического развития выявил повышенную массу тела (44,3%) и высокую длину тела (14,8%). У них в 2 раза чаще встречались такие заболевания как хронический гастродуоденит, инфекционные заболевания, болезни нервной системы (25,0%), дизметаболическая нефропатия (32,1%), врожденные пороки сердца (12,5%), по причине низкой заинтересованности родителей в посещении профилактических осмотров и недообследования этих детей у врачей-специалистов. Нервно-психическое состояние здоровья демонстрировало неблагоприятные типы: циклотимный и демонстративный (21,4%); гипертимный и экзальтированный (23,8%), что свидетельствует о негативных тенденциях развития личности подростка, предрасполагает к поведению, связанному с само обезболиванием и снятием проявлений тревоги с помощью агрессивного поведения или употребления запрещенных веществ. Дети из благоприятного расположения имели высокие значения показателей настроения и минимальные показатели тревожности. Они спокойнее реагируют на стресс из-за свойственной им комфортности и жизнерадостности.

**Заключение.** Медико-социальное сопровождение детей требует определенного алгоритма взаимодействия специалистов отделения медико-социальной помощи с врачом, психологом, педагогами образовательного учреждения по реализации рекомендаций по оздоровлению и реабилитации на основе индивидуально-го подхода.



Семенова Н. Ю., Белкина А. К.

ООО «Медицинский центр «Невро-Мед»», Москва, Российская Федерация

## ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПО ЗРИТЕЛЬНЫМ ПУТЯМ У ДЕТЕЙ С ДИСЛЕКСИЕЙ ПО ДАННЫМ ЗРИТЕЛЬНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ МОЗГА

**Актуальность.** Трудности в чтении вызывают проблемы обучения в школе. В процессе чтения важно правильное зрительное восприятие. Объективную оценку зрительного анализатора дают зрительные вызванные потенциалы (ЗВП) мозга; а выявление особенностей зрительной афферентации важно для изучения механизмов дислексии.

**Цель исследования.** Выявление нейрофизиологических особенностей проведения импульсов по нервным зрительным путям по данным ЗВП у детей с дислексией.

**Пациенты и методы.** ЗВП исследованы у 34 детей с проблемами овладения школьной программой, среди которых 17 детям была диагностирована дислексия (1-я группа). Во вторую группу вошли дети с разнообразными функциональными отклонениями (повышенная возбудимость, нервозность, цефалгии). Перед исследованием дети были осмотрены нейроофтальмологом, ни у кого из детей не было клинических признаков поражения зрительного нерва. ЗВП проводились со стимуляцией шахматным паттерном, с проведением цветового теста на приборе Nicolet. Выделялись компоненты ответа, сравнивались с возрастными нормами. Параметры ЗВП сравнивались также с корковым длиннолатентным ответом слуховых ВП.

**Результаты.** Более, чем у 1/3 детей с дислексией и чаще, чем в группе детей без нее выявлены нарушения проведения импульсов по зрительным путям в виде увеличения латентности (35% среди детей с дислексией, 6% — без нее), более, чем у половины детей — значимые межполушарные асимметрии параметров ЗВП. Межполушарная асимметрия по латентности чаще встречались в группе детей с дислексией, чем без нее (53 и 29%), а амплитудные асимметрии — во 2-й группе. У детей с дислексией межполушарная асимметрия по латентности чаще указывала на замедление проведения импульсов при стимуляции левого глаза, у детей 2-й группы — при стимуляции правого глаза. Межполушарная асимметрия по амплитуде определялась только в группе детей с дислексией. При анализе ЗВП были выявлены признаки повышенной возбудимости зрительных путей, которые встречались в 2 раза чаще у детей с дислексией. У детей с дислексией в 12% случаев также выявлено снижение процесса возбудимости зрительных путей, которое не наблюдалось во 2-й группе. Средние значения коркового компонента ЗВП P100 у детей с дислексией имели тенденцию к повышению по сравнению со 2-й группой, а средние значения основного пика коркового слухового потенциала были практически одинаковые.

**Заключение.** По данным ЗВП при дислексии выявлены особенности проведения импульсов по зрительным путям. Замедления проведения, изменения возбудимости, межполушарная асимметрия как вероятное нарушение межполушарного взаимодействия, могут быть нейрофизиологической основой неправильного зрительного восприятия.

**Сергеева Е. В., Ни А., Приходченко Н. Г., Зернова Е. С., Быкова О. Г., Шишацкая С. Н.**

*Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Российская Федерация*

## **ЗНАЧЕНИЕ ЗОНУЛИНА В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Неуклонно растет тенденция к увеличению частоты заболеваний органов пищеварения и мочевой системы у детей. Наиболее распространенным возбудителем инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) у детей является грамотрицательная флора, которая, возможно, проникает из поврежденного кишечника в мочевыводящие пути.

**Цель исследования.** Выявить роль эндогенного белка зонулина в механизмах развития инфекции мочевыводящих путей у детей грудного и раннего возраста.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находились 44 ребенка грудного и раннего возраста, которым в результате комплексного обследования выставлен диагноз ИМВП. Дети были разделены на 3 группы: 10 человек, в анамнезе у которых выставлен диагноз ИМВП (I группа), 16 детей с ИМВП без лихорадочного синдрома (II группа), 18 детей — ИМВП с лихорадкой (III группа). В группу контроля (IV группа) включили 10 относительно здоровых детей, сопоставимых по возрасту и полу, не имеющие в анамнезе и на момент исследования заболеваний почек и изменений в анализах мочи. Результаты исследования обработаны с использованием методов непараметрической статистики.

**Результаты.** В ходе исследования установлено, что у детей с ИМВП содержание зонулина в моче было достоверно выше, чем у детей контрольной группы. Содержание зонулина у пациентов I группы составило  $0,84 \pm 0,37$  нг/мл, у детей II группы —  $2,86 \pm 0,91$  нг/мл, в III группе —  $1,33 \pm 0,34$  нг/мл, у детей контрольной группы —  $0,12 \pm 0,04$  нг/мл (достоверность различий  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** полученные результаты расширяют представления о патогенезе ИМВП у детей: повышенное содержание зонулина при ИМВП подтверждает тесную связь бактериального воспаления в мочевыделительной системе с наличием структурно-функциональных изменений слизистой оболочки кишечника, изменяющих его проницаемость.

**Сероклинов В. Н.<sup>1</sup>, Колесникова О. И.<sup>1</sup>, Мироненко И. И.<sup>1</sup>, Горобченко В. М.<sup>1</sup>,  
Никонов А. М.<sup>2</sup>, Цыпченко О. В.<sup>2</sup>, Таскина Н. И.<sup>2</sup>, Даулетова Я. А.<sup>3</sup>,  
Курдеко И. В.<sup>3</sup>, Лазарева Е. В.<sup>3</sup>, Боронина С. Н.<sup>3</sup>**

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

<sup>2</sup> Диагностический центр Алтайского края, межрегиональная медико-генетическая  
консультация, Барнаул, Российская Федерация

<sup>3</sup> Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул,  
Российская Федерация

## **ПОПУЛЯЦИОННАЯ ЧАСТОТА МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ЗА ПЕРИОД С 2007 ПО 2019 г.**

**Актуальность.** Изучение популяционной частоты муковисцидоза дает возможность планировать объем медицинской помощи больным муковисцидозом.

**Цель исследования.** Изучить популяционную частоту муковисцидоза в Алтайском крае по результатам неонатального скрининга.

**Пациенты и методы.** Определение иммунореактивного трипсина в сухих пятнах крови новорожденных. Определение проводимости пота на аппарате «Нанодакт» у новорожденных с неонатальной гипертрипсиногенемией.

**Результаты.** С января 2007 г. по ноябрь 2019 г. в Алтайском крае обследовано 353 573 новорожденных по скринингу на муковисцидоз. Процент охвата обследованных новорожденных по скринингу на муковисцидоз среди всех родившихся за этот период составил 98,5%. Неонатальная гипертрипсиногенемия (положительный тест на 4–5-й день жизни и положительный ретест на 21–28-й день жизни на иммунореактивный трипсин в сухом пятне крови) выявлена у 320 новорожденных. Неонатальная гипертрипсиногенемия обнаружена у 0,09% обследованных по скринингу на муковисцидоз новорожденных. Выявлено 44 больных муковисцидозом среди 320 новорожденных с неонатальной гипертрипсиногенемией, что составило 13,7% от числа новорожденных с неонатальной гипертрипсиногенемией. Частота муковисцидоза по данным неонатального скрининга за период 2007–2019 гг. составила 1 к 8035 новорожденных (12,4 на 100 тыс. новорожденных).

**Заключение.** Популяционная частота муковисцидоза по данным неонатального скрининга за период 2007–2019 гг. — 1:8035 новорожденных (12,4 на 100 тыс. новорожденных).

**Сетко Н. П., Булычева Е. В., Жданова О. М.**

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,  
Российская Федерация*

## **К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА СОВРЕМЕННОГО УЧИТЕЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КАК СПОСОБА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**Актуальность.** Профессия учителя относится к социономическому типу, где наряду с высоким профессионализмом особое внимание уделяется качествам личности. В связи с этим, для повышения качества образования важным становится учет, коррекция и развитие профессионально значимых качеств личности учителя.

**Цель исследования.** Выявить профессионально значимые качества личности современного учителя образовательных учреждений.

**Пациенты и методы.** У 50 учителей образовательного учреждения с профессиональным стажем до 5 лет (1 группа) и более 5 лет (2 группа) проведена оценка качеств личности с помощью 16 факторного личностного опросника Р.Б. Кеттелла (1949) и оценка синдрома эмоционального выгорания по методике В.В. Бойко (2002) с определением формирования фаз синдрома эмоционального выгорания и выраженности его стадий по 12 исследуемым симптомам. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета приложений Statistica 6.0 в программной среде Microsoft-Windows, версия 2013.

**Результаты.** Установлено, что для малостажированных учителей характерна общительность ( $5,6 \pm 0,38$  балла), эмоциональная стабильность ( $6,4 \pm 0,56$  балла), доминантность ( $6,6 \pm 0,47$  балла), высокая нормативность поведения ( $6,2 \pm 0,78$  балла), смелость ( $6,2 \pm 0,80$  балла), реализм ( $5,4 \pm 0,91$  балла), радикализм ( $5,9 \pm 0,51$  балла), зависимость от группы ( $4,8 \pm 0,88$  балла); для высокостажированных учителей — замкнутость ( $4,9 \pm 0,09$  балла), эмоциональная нестабильность ( $3,5 \pm 0,50$  балла), подчиненность ( $4,0 \pm 0,01$  балла), низкая нормативность поведения ( $4,5 \pm 0,50$  балла), робость ( $3,0 \pm 0,02$  балла), чувствительность ( $7,1 \pm 0,59$  балла), консерватизм ( $4,5 \pm 0,50$  балла) и самостоятельность ( $7,5 \pm 0,50$  балла). Определение у высокостажированных учителей таких качеств, как эмоциональная нестабильность, подчиненность и замкнутость могут свидетельствовать о формировании профессионального выгорания. Синдром эмоционального выгорания в конечной стадии своего формирования — «истощение» — выявлен у 11% высокостажированных учителей, тогда как у малостажированных учителей эта стадия не регистрировалась. В стадии «резистенции» у 50% учителей 1 группы и у 33,4% учителей 2-й группы; в стадии «напряжения» у 50% учителей 1-й группы и у 44,4% учителей 2-й группы.

**Заключение.** Установлено, что с увеличением трудового стажа у учителей формируется деформация качеств личности в сторону интраверсии и экономии эмоций, а также формированием у каждого десятого учителя в конечной стадии синдрома эмоционального выгорания.

**Сетко Н. П., Булычева Е. В., Жданова О. М.**

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,  
Российская Федерация*

## **ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С АКАДЕМИЧЕСКОЙ УСПЕВАЕМОСТЬЮ, У ОДАРЕННЫХ УЧАЩИХСЯ**

**Актуальность.** Успех обучения одаренных детей зависит не только от их когнитивных способностей, но и от некогнитивных качеств. Важным аспектом для повышения академической успеваемости обучающихся становится организация медико-психологического сопровождения, которое позволит развить некогнитивные качества личности.

**Цель исследования.** Определить особенности некогнитивных функций, ассоциированных с академической успеваемостью, у одаренных учащихся.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 115 подростков в возрасте от 15 до 16 лет, обучающиеся в образовательном учреждении для одаренных детей. У обследуемых проведена оценка некогнитивных качеств личности — уровень тревожности, негативных эмоциональных переживаний, познавательной активности по опроснику Ч. Д. Спилберга (State Trail Personal Inventory, STPI) в модификации А. Д. Андреевой (1988). Уровень коммуникативной успешности определялся по методике В. Б. Шапырь (2004). Группа сравнения была сформирована из 95 подростков в возрасте 15–16 лет, обучающиеся в традиционной общеобразовательной школе.

**Результаты.** Показано, что высокий уровень тревожности в повседневной жизни имели 8% одаренных учащихся и 17% школьников; в учебной деятельности — 8% обследуемых в каждой группе. Средний уровень тревожности в повседневной жизни выявлен у 74% одаренных учащихся и 63% школьников, тогда как в учебной сфере — у 65% одаренных учащихся и лишь у 46% школьников. Низкий уровень тревожности определен у 18% одаренных учащихся и 20% школьников в повседневной жизни, а на учебных занятиях — у 27% одаренных учащихся и 45% школьников. Высокий уровень негативных эмоциональных переживаний в повседневной жизни выявлен у 6% одаренных детей и 21% школьников; в учебной деятельности — у 10,0% одаренных детей и у 14% школьников. Высокий уровень познавательной активности в повседневной деятельности определен лишь у 5% одаренных учащихся и у 18% школьников, тогда как в учебной сфере — у 22% одаренных учащихся и лишь у 10% школьников. Установлено, что индекс коммуникативной успешности у одаренных учащихся был в 1,3 раза выше, чем у школьников и составил  $0,75 \pm 0,01$  ед. при данных  $0,59 \pm 0,01$  ед. ( $p \leq 0,05$ ). В этой связи, высокий уровень коммуникативной успешности определен у 49,5% одаренных учащихся и лишь у 25,9% школьников.

**Заключение.** Некогнитивные функции у одаренных учащихся характеризовались развитием низкого уровня тревожности в повседневной и учебной деятельности, высокого уровня познавательной активности в учебной сфере и высокого уровня коммуникативной успешности.

**Сетко Н. П., Булычева Е. В., Жданова О. М.**

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,  
Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ИННОВАЦИОННОГО ТИПА В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНОГО УРОВНЯ НАПРЯЖЕННОСТИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА**

**Актуальность.** Бесконтрольная интенсификация учебного процесса, имеющая место, в первую очередь, в инновационных образовательных учреждениях, нередко, является причиной снижения работоспособности и развития утомления, что создает риск формирования у обучающихся функциональных отклонений и хронических заболеваний.

**Цель исследования.** Выявить особенности формирования умственной работоспособности обучающихся в условиях различного уровня напряженности учебного процесса.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 150 одаренных учащихся 9–10-х классов многопрофильного лицея-интерната, группу сравнения составили 150 школьников этой же возрастной категории традиционного общеобразовательного учреждения. Оценка напряженности учебного процесса проведена хронометражным методом (Кучма В. Р. с соавт., 2015); а умственной работоспособности — с помощью вариационной хронорефлексометрии по методике М. П. Мороз (2003) с определением показателей функционального уровня нервной системы (ФУС), устойчивости нервной реакции (УР), уровня функциональных возможностей сформированной функциональной системы (УФВ).

**Результаты.** Установлено, что напряженность учебного процесса в лицее составляла  $3,2 \pm 0,03$  балла, что свидетельствовало о напряженном уровне учебной деятельности 1-й степени, в общеобразовательной школе —  $2,0 \pm 0,07$  балла, что соответствовало допустимому уровню напряженности. При этом, в лицее, по сравнению со школой, напряженность учебного процесса была выше в 1,7 раз по интеллектуальным нагрузкам, в 2,7 раза по сенсорным нагрузкам, в 1,6 раза по эмоциональным нагрузкам и в 1,3 раза по режиму работы на учебных занятиях. Показано, что у одаренных учащихся и школьников значение ФУС не имело достоверных отличий и составляло  $2,3 \pm 0,04$  ед. и  $2,4 \pm 0,03$  ед. ( $p \geq 0,05$ ); УР была выше в 1,9 раза и составила  $1,9 \pm 0,15$  ед. и  $1,0 \pm 0,11$  ед. ( $p \leq 0,05$ ), а УФВ, соответственно, в 1,5 раза и составил  $3,1 \pm 0,16$  ед. и  $2,1 \pm 0,12$  ед. ( $p \leq 0,05$ ). Полученные данные, нашли свое отражение в распределении учащихся в зависимости от уровня умственной работоспособности. Так, нормальную работоспособность имели 61,5% одаренных учащихся и 52,7% школьников, при этом сниженная работоспособность определена у 29,9% одаренных обследуемых и 32,4% школьников; существенно сниженная работоспособность — у 8,6% одаренных учащихся и 14,9% школьников.

**Заключение.** Учебная деятельность у одаренных учащихся соответствовала напряженному уровню 1-й степени, что 1,5 раза превышало напряженность учебного процесса в традиционной школе и создавало дополнительный риск у 38,5% одаренных учащихся развития нервно-психического перенапряжения.

**Сетко Н. П., Булычева Е. В., Сетко А. Г.**

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,  
Российская Федерация*

## **ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ ФАББИНГА У СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ЦИФРОВОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА**

**Актуальность.** Интенсивное применение информационных технологий в образовательной среде формирует у обучающихся новую проблему Phubbing — общение в социальной среде, при этом человек концентрируется на телефоне вместо живого разговора, что создает риск развития психических отклонений, таких как цифровая аутизация.

**Цель исследования.** Провести диагностику интернет-зависимости у студентов в условиях современного цифрового образовательного пространства

**Пациенты и методы.** У 300 студентов медицинского университета в возрасте от 18 до 23 лет проведена оценка частоты и продолжительности использования гаджетов: компьютеров, планшетов, ноутбуков, телефонов анкетным методом по разработанному опроснику Е. В. Булычевой, А. Г. Сетко, Н. П. Сетко (2017). Оценка сформированности и вида интернет-зависимости определена по методике Л. Н. Юрьевой, Т. Ю. Ботьбот (2005). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета приложений Statistica 6.0 в программной среде Microsoft-Windows, версия 2013.

**Результаты.** Установлено, что самым популярным гаджетом у опрошенных студентов являлся телефон (52,6%), на втором месте ноутбук (32,3%), на третьем месте — компьютер (10,6%), на четвертом месте — планшет (4,5%). При этом телефоном 98,8% студентов пользуются более 5 раз в день и лишь 1,2% студентов — 1–2 раза в день. Общий бюджет времени пользования интернетом с помощью телефона составил  $3,5 \pm 1,16$  ч/сут, тогда как нахождение в интернете через компьютер составляет  $1,5 \pm 0,19$  ч/сут; с помощью ноутбука —  $2,1 \pm 0,11$  ч, с помощью планшета —  $2,02 \pm 0,15$  ч/сут. Максимальная продолжительность одного сеанса в интернете в течение 1–2 ч установлена у 47,8% студентов при использовании компьютера и у 46,8% студентов при использовании ноутбука. 41,2% опрошенных студентов отметили, что при использовании телефона на один сеанс они обычно тратят в среднем 30–60 мин. Среди всех обследуемых 24% студентов имели интернет-зависимость; у 16% студентов определена сформированность телефонной зависимости. Риск развития телефонной зависимости определен у 20% студентов; стадия увлеченности гаджетов у 52% студентов; и лишь 12% студентов не имели телефонной зависимости.

**Заключение.** Студенты медицинского вуза активно пользуются мобильным интернетом с помощью телефона в 99% случаев более 5 раз в день и в среднем более 3 ч/сут, что, вероятно, стало причиной формирования у каждого 5-го обследуемого интернет-зависимости, требующий проведения психокоррекционной работы.



**Сибира О. Ф., Игнатьева А. В.**

*Читинская государственная медицинская академия, Чита, Российская Федерация*

## **БРОНХИАЛЬНАЯ ПРОХОДИМОСТЬ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** В настоящее время врожденные пороки сердца (ВПС) являются актуальной проблемой педиатрии в связи с высокой распространенностью и увеличением частоты встречаемости у детей раннего возраста. Одним из клинических проявлений поражения респираторного тракта у детей с ВПС является наличие бронхообструкции.

**Цель исследования.** Оценить бронхиальную проходимость, у детей с врожденными пороками сердца, в зависимости от степени легочной гипертензии.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 64 пациента раннего возраста с ВПС, не имеющие на момент исследования острых респираторных заболеваний. Всем детям выполнена эхокардиография и компьютерная бронхофонография. 1-я группа — 10 пациентов с ВПС без легочной гипертензии. 2-я группа — 21 пациент с ВПС, осложненный легочной гипертензией умеренной степени. 3-я группа — 11 детей с ВПС, осложненные легочной гипертензией значительной степени. 4-я группа — 7 детей с ВПС, осложненные легочной гипертензией высокой степени. 5-я группа (контроль) — 15 детей, не имеющих патологии со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Данные представлены в виде медианы (25–75-й перцентили).

**Результаты.** У всех детей с ВПС ( $n = 49$ ) наблюдается увеличение показателей акустической работы дыхания во всех частотных диапазонах, в сравнении с контрольной группой детей (АРД1 84,85 (12,82; 570,25); АРД2 223,08 (1,73; 91); АРД3 0,57 (0,34; 2,07) мкДж). В 1-й группе показатели АРД1 увеличены в 2,4 раза: 203,8 (87,3; 1332,51) мкДж,  $p > 0,05$ ; АРД2 — в 3,7 раз: 85,05 (37,1; 1290,56) мкДж,  $p \leq 0,05$ ; АРД3 — в 4,7 раза: 2,7 (0,85; 143,5) мкДж,  $p \leq 0,05$ . Во 2-й группе показатели АРД1, АРД2, АРД3 увеличены в 16,6 (1409,25 (734,2; 2713,9) мкДж,  $p \leq 0,05$ ), 49 (1139,97 (483,29; 1653,63) мкДж,  $p \leq 0,05$ ) и 334,5 (190,7 (77,29; 548,26) мкДж,  $p \leq 0,05$ ) раз соответственно. В 3-й группе — в 16,8 (1428,65 (819,47; 1741,67) мкДж,  $p \leq 0,05$ ), 38,5 (887,51 (605,34; 1413,51) мкДж,  $p \leq 0,05$ ) и 258,6 (147,43 (52,73; 379,94) мкДж,  $p \leq 0,05$ ) раз соответственно. В 4-й группе — в 6 (510,64 (382,29; 2649,1) мкДж,  $p \leq 0,05$ ), 35 (815,27 (97,96; 1771,5) мкДж,  $p \leq 0,05$ ) и 65 (37,02 (6,44; 307,62) мкДж,  $p \leq 0,05$ ) раз соответственно. Таким образом, наиболее высокие показатели АРД во всех диапазонах наблюдались у детей с легочной гипертензией умеренной и высокой степени, что свидетельствует о наличии гиперволемии в малом кругу кровообращения.

**Заключение.** У детей с патологией сердечно-сосудистой системы имеются нарушения бронхиальной проходимости на всех уровнях бронхов, независимо от степени легочной гипертензии. Наиболее выраженная бронхообструкция наблюдалась при ВПС с легочной гипертензией умеренной и высокой степени.

Ситник Н. Г.<sup>1,2</sup>, Шишко Г. А.<sup>1</sup>, Артюшевская М. В.<sup>1</sup>, Сухарева А. П.<sup>1,2</sup>,  
Михаленко Е. П.<sup>3</sup>, Малышева О. М.<sup>3</sup>, Качан С. Э.<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup> Клинический родильный дом Минской области, Минск, Республика Беларусь

<sup>3</sup> Институт генетики и цитологии национальной академии наук Беларуси, Минск, Республика Беларусь

## РОЛЬ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ *SFPTD* У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

**Актуальность.** Одним из перспективных направлений исследований у недоношенных является изучение генов, кодирующих белки сурфактанта. В частности, гена *SFPTD*, кодирующего белок сурфактанта D, который является важным компонентом врожденного иммунного ответа легких.

**Цель исследования.** Изучить частоту встречаемости полиморфных вариантов гена *SFPTD* в группе недоношенных детей с врожденной пневмонией.

**Пациенты и методы.** У 75 недоношенных новорожденных (срок гестации 25–36 нед) с врожденной пневмонией и у 62 недоношенных новорожденных без признаков врожденной инфекции (группа сравнения) методом прямого секвенирования исследован полиморфизм rs721917 (с.92Т>С р. Met31Thr) гена *SFPTD* и методом ПЦР в режиме реального времени — rs2243639 (с.538Т>С/Г р. Thr180Ala) гена *SFPTD*. Статистический анализ материала проводили с использованием программы SNPStats.

**Результаты.** В данной выборке генотип 92ТТ гена *SFPTD* (rs721917) встречался в 2,13 раза чаще у недоношенных новорожденных с врожденной пневмонией по сравнению с недоношенными новорожденными без инфекционных осложнений (OR = 2,46; 95% CI 1,10–5,50; p = 0,043). Генотип 538СС гена *SFPTD* (rs2243639) достоверно реже (в 1,6 раза) выявлен в группе в группе недоношенных новорожденных с врожденной пневмонией, чем в группе сравнения, (OR = 0,41 95% CI 0,20–0,83; p = 0,021), в то время как носители аллеля Т (генотипы 538СТ и 538ТТ) достоверно чаще встречались среди недоношенных новорожденных с врожденной пневмонией (OR = 2,45; 95% CI 1,20–4,99; p = 0,012).

**Заключение.** Генотип 92ТТ гена *SFPTD* (rs721917) может являться одним из предрасполагающих факторов развития врожденной пневмонии у недоношенных новорожденных, в то время как генотип 538СС гена *SFPTD* (rs2243639) может выступать в роли фактора устойчивости к инфекционным осложнениям.

**Слущкий С. И.<sup>1</sup>, Каракозова Н. Г.<sup>1</sup>, Каторкин В. И.<sup>1</sup>, Кетова Т. С.<sup>1</sup>,  
Гордиенко Л. В.<sup>1</sup>, Шаповалов К. А.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Сыктывкарская детская поликлиника № 3, Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

<sup>2</sup> Коми республиканский институт развития образования, Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

## **ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВОГО ГОДА ОБЪЕДИНЕНИЯ ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК г. СЫКТЫВКАРА ПУТЕМ ОБЪЕДИНЕНИЯ**

**Актуальность.** Оптимизация сил и средств, кадрового потенциала первичного звена педиатрической службы г. Сыктывкара в сочетании с модернизацией стали основанием для присоединения с 18 апреля 2019 г. к головному (наиболее мощному) учреждению «СДП № 3» детских поликлиник «№ 1» и «№ 2».

**Цель исследования.** Оценка организационных и экономических результатов по учреждениям (4) за соответствующие периоды 2018 и 2019 гг.

**Пациенты и методы.** Объединенная «СДП № 3» обслуживает 42 762 ребенка и рассчитана на 1093 посещения в смену. В составе учреждения 47 педиатрических участков, 2 врачебные амбулатории, Центр здоровья, реабилитационный центр, медицинские блоки в образовательных организациях: ДОУ — 69, школы — 39. Прием пациентов ведется по 17 специальностям. В поликлинике работают 141 врач, из них участковых врачей — 43. По состоянию на 1 декабря 2019 г. укомплектованность участковыми педиатрами в «СДП № 3» составила 91,5% (в РФ 86,0%), узкими специалистами 54,4%, средним медицинским персоналом (СМП) 66,3%. Зарботная плата врачей выросла на 103,3%, СМП — 102,5%.

**Результаты.** Оптимизировано профилактическое направление: разработано Единое положение по работе медико-социального отделения; организована работа кабинетов здорового ребенка и доврачебного приема; введена должность заместителя главного врача по профилактической работе. Выросли объемы специализированной помощи: гастроэнтеролога на 175%; аллерголога-иммунолога — 149%; невролога — 114%; акушера-гинеколога — 113%; эндокринолога и отоларинголога — по 102%. Лист ожидания более 2 нед сокращен в 2 раза. Программа государственных гарантий выполнена на 95%, Государственное задание — 105%, работа дневного стационара — 99%, неотложная помощь — 100%. В ДПО № 1 и № 2 с 97 до 140 расширен спектр биохимических исследований, вырос объем функциональных исследований на 41,7 и 14,9% соответственно. Информационные базы и службы технической поддержки ЭВМ обеспечили возможность расширить объемы предварительной записи к врачам специалистам, снизить число пациентов в «листах ожидания», увеличить процент предварительной и удаленной записи и введенных протоколов. В службе «неотложных вызовов» освободилось 2 должности медицинских регистраторов. Снизилось число отсроченных рецептов.

**Заключение.** Экономия от сокращения административно-управленческого аппарата составила 14887 108 р. В практическую лечебную сеть возвращены 5 кабинетов. Модернизация и внедрение бережливых технологий позволяют повысить удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинских услуг и их комфортностью.

**Сокольникова Я. А., Кравцова И. С.**

*Специализированный дом ребенка, Архангельск, Российская Федерация*

## **ИЗУЧЕНИЕ МОТИВАЦИИ ПЕРСОНАЛА ГКУЗ АО «СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДОМ РЕБЕНКА» ГОРОДА АРХАНГЕЛЬСКА**

**Актуальность.** В современных условиях персонал является ключевым активом в развитии медицинской организации.

**Цель исследования.** Изучить уровень мотивации персонала ГКУЗ АО «СДР» и определить основные ценностные факторы, влияющие на качество выполняемой работы.

**Пациенты и методы.** В исследовании принимали участие сотрудники ГКУЗ АО «Специализированный дом ребенка» — медицинский, педагогический, административно-управленческий персонал — 80 человек. Используются социологические, аналитические методы (анкеты на основе пирамиды потребностей Маслоу, тест оценки мотивации персонала Герчикова, тест определения уровня социальной напряженности в коллективе).

**Результаты.** В СДР среди сотрудников преобладает профессиональный тип мотивации достижения (69%), как в структуре «чистых» (58,8%), так и в структуре «смешанных» типов (76,1%). Люмпенизированный тип избежительной мотивации представлен в 31%, что говорит о наличии в коллективе наряду с нацеленными на саморазвитие и плодотворную работу людьми сотрудников со слабой мотивацией к труду. Инструментальный тип мотивации достижения, с акцентом на работе как на источнике заработка, встречается в 37,5%. Практически в половине «смешанных» типов мотивации присутствует патриотический тип (45,8%), работающий для достижения результатов общего дела. Исследование показало, что независимо от возраста и пола сотрудникам важны базовые физиологические потребности, ощущение стабильности и уверенности в завтрашнем дне. Большая часть персонала дома ребенка удовлетворена условиями работы в организации и планирует продолжать трудовую деятельность. 28,3% сотрудников рассматривает вопрос переезда в другие регионы. Основными причинами данного решения являются смена климатических условий (27,4%), неблагоприятная экологическая обстановка в регионе (24%), переезд к родственникам (19,8%).

**Заключение.** Анализ мотивации персонала позволил оценить степень вовлеченности сотрудников в трудовой процесс и их сопричастность к организации, а также разработать комплекс мероприятий по повышению эффективности мотивации труда.

Стасий Е.<sup>1</sup>, Горелко Т.<sup>2</sup>, Кулешин Т.<sup>2</sup>, Нику О.<sup>3</sup>, Таранец И.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Государственный университет медицины и фармакологии им. Николая Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова

<sup>2</sup> Институт матери и ребенка, Кишинев, Республика Молдова

<sup>3</sup> Детская клиническая больница № 3 им. Игнатенко, Кишинев, Республика Молдова

## ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКСУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ У ДЕТЕЙ

**Актуальность.** Многоформная эксудативная эритема (МЭЭ) составляет около 15% из числа обращений по поводу острых аллергических реакций у детей. МЭЭ составляет около 1,5% всех амбулаторных больных у дерматолога. Причины возникновения заболевания до конца не исследованы.

**Цель исследования.** Выявить причинные и предрасполагающие факторы в развитии МЭЭ у детей в зависимости от возраста.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 102 пациента с МЭЭ в возрасте от 4 мес до 18 лет. Дети находились на стационарном лечении в отделении аллергологии. Исследование проводилось на протяжении 10 лет. Для сбора данных была составлена анкета, которая включала данные общего и аллергологического анамнеза. Помимо общеклинических показателей крови и мочи были изучены содержания антител к вирусам герпеса — *Herpes simplex viruses* 1 и 2 (HSV-1 и HSV-2) *Varicella zoster virus* (VZV, HHV-3), *Epstein-Barr virus* (EBV или HHV-4), *Human cytomegalovirus* (HCMV, или HHV-5), IgE общий и специфические.

**Результаты.** У 82% детей заболевание началось на фоне острой респираторной инфекции или обострении хронической патологии ЛОР органов (амигдалит, аденоидит). 34% из них страдают аллергическими заболеваниями (астма, аллергический ринит, хроническая крапивница, атопический дерматит). У 32% больных выявлена гастроэнтерологическая патология. В большинстве случаев (62,4%) причинным фактором были медикаментозные препараты, реже (25%) — пищевые продукты и единичные случаи были связаны с укусами насекомых. Среди лекарственных препаратов наиболее часто выявлена непереносимость цефалоспоринов (32%) препаратов пенициллинового ряда (18%), ипуброфена (16%), сульфаниламидов (12%), барбитуратов, карбамазепинов (2,8%) антигельминтных препаратов (2%) и другие. Среди пищевых продуктов наиболее часто выявлены реакции на консерванты, морские продукты, приправы, малину. Герпесная инфекция выявлена у 52% больных, среди которых наиболее часто выявлены антитела к типу 5, 1, 2 и реже к типу 4 и 3. Индивидуальный анализ полученных данных позволил установить возрастные особенности триггерных факторов МЭЭ у детей, выявить связь возникновения МЭЭ от комбинации некоторых лекарственных препаратов с определенными инфекциями.

**Заключение.** Развитию МЭЭ у детей способствуют множественные причинные и предрасполагающие факторы. Наиболее важную роль играют прием лекарственных препаратов и консервантов в пище в ассоциации с вирусными инфекциями. Устранение этих факторов будет способствовать успеху лечения и предотвращению осложнений.

**Стерхова Е. В.<sup>1</sup>, Симанова Т. В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Республиканская детская клиническая больница, Ижевск, Российская Федерация

## **ПАТОМОРФОЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**Актуальность.** Врожденные пороки легких (ВПЛ) — это редкая патология, диагностика которой, в последнее время, значительно улучшилась в связи с использованием в педиатрии высокоразрешающих инструментальных методов исследования. Вместе с тем в структуре и клинических проявлениях ВПР происходят видимые изменения.

**Цель исследования.** Изучение и сравнение структуры и клинических проявлений ВПЛ у госпитализированных детей в разные временные периоды, с разницей в 10 лет.

**Пациенты и методы.** Изучена 61 история болезни пациентов с ВПЛ, диагностированных в условиях пульмонологического отделения республиканской больницы Удмуртской республики. В 1-ю группу вошли 45 детей, обследованных в период с 2005 по 2006 г.; 2-я группа включала 16 пациентов, госпитализированных в период с 2016 по 2018 г. Выборка проводилась сплошным методом. В группах сравнивалась выявляемость ВПЛ, структура и динамические различия в клинических и инструментальных данных. Достоверность разницы того или иного признака в группах определялась методом Стьюдента.

**Результаты.** Несмотря на хорошее диагностическое оснащение клиники выявляемость ВПЛ в последнее десятилетие значительно снизилась, что может свидетельствовать об уменьшении числа детей с ВПЛ. Процентное соотношение ВПЛ с течением времени изменилось. На сегодня наибольшую долю составляют простая гипоплазия легких, аденоматозная мальформация и кисты легких. Врожденных бронхоэктазов, синдромов Мунье–Куна и Вильямса–Кемпбелла в последние годы выявлено не было, но появились пороки сосудов: болезнь ятагана, добавочная доля *v. azygos*. За годы наблюдения гендерного дисбаланса пациентов не наблюдалось. На современном этапе окончательный диагноз, в большинстве случаев, устанавливается в раннем возрасте. Хронический тонзиллит и риносинусит остаются одинаково частыми при ВПЛ. Но если ранее сопутствующими ВПЛ состояниями нередко были деформация грудной клетки и задержка физического развития, то в настоящее время ВПР достоверно чаще сочетается с пороками сердца, бронхиальной астмой и вторичными иммунодефицитами. Среди детей с ВПЛ достоверно реже стали встречаться пациенты с признаками хронической гипоксии, локальной симптоматикой и осложнениями, что свидетельствует о более стертом течении этой патологии.

**Заключение.** По полученным данным можно утверждать о более стертом течении ВПЛ у детей в последние годы, однако для выводов о распространенности этой патологии необходим анализ перинатальной диагностики и исходов беременности плодом с ВПЛ.

**Ступина М. Ю., Сетко Н. П.**

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,  
Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**Актуальность.** Профессиональная подготовка в учреждениях среднего профессионального образования сопровождается не только увеличением учебной нагрузки, освоением прикладных двигательных умений и навыков, необходимых в конкретной трудовой деятельности при прохождении производственной практики.

**Цель исследования.** Дать психофизиологическую характеристику уровня тревожности и его влияние на познавательную активность обучающихся в системе среднего профессионального образования.

**Пациенты и методы.** Исследование тревожности и познавательной активности проведено по методике Ч. Д. Спилбергера–Ю. Л. Ханина (2000) у 277 обучающихся среднего профессионального образовательного учреждения в динамике трехлетнего обучения.

**Результаты.** Установлено, что от 54,45 до 65,85% обучающихся всех трех курсов имели средний уровень тревожности и от 35,82 до 65,85% средний уровень познавательной активности как на занятиях, так и в обычной жизни. В процессе обучения от первого к третьему курсу увеличивается число студентов с высоким уровнем тревожности на учебных занятиях от 19,51 до 23,33% за счет снижения со средним уровнем с 65,68 до 54,45%. Познавательная активность на занятиях к окончанию обучения возрастает, на что указывает увеличение числа студентов с высоким уровнем познавательной активности с 10,98 до 28,89% и снижение со средним и низким уровнем с 65,85 до 53,33% и с 23,17 до 17,78% соответственно. Установлено снижение в обычной жизни уровня психологического благополучия, о чем свидетельствует увеличение числа обучающихся с высоким уровнем тревожности с 19,51 до 25,56%. К третьему курсу произошло увеличение числа студентов с высоким уровнем познавательной активности в обычной жизни с 20,73 до 33,33%.

**Заключение.** Таким образом, выявлено, что к 3-му курсу увеличивается число подростков с высоким уровнем тревожности, что указывает на недостаточность внутренних резервов организма подростков для самостоятельного преодоления психоэмоционального напряжения.



**Суетина И. Г., Иллек Я. Ю., Хлебникова Н. В.**

*Кировский государственный медицинский университет, Киров,  
Российская Федерация*

## **ОЦЕНКА ПОЛНОТЫ И СВОЕВРЕМЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК (НКПП) У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ В г. КИРОВЕ**

**Актуальность.** Календарная вакцинация относится к числу профилактических мероприятий, проводимых для формирования как индивидуальной, так и популяционной защиты, поэтому одним из основных показателей успеха программы иммунизации являются своевременность и высокий охват.

**Цель исследования.** Проверка гипотезы о влиянии многокомпонентных комбинированных вакцин на охват и точность исполнения сроков по отдельным заболеваниям и в совокупности.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось в г. Кирове на базе семи детских поликлиник, в которых был проведен сбор обезличенных данных медицинских карт детей 2016–2018 гг. рождения. Всего 641 чел. Во время сбора данных фиксировалась следующая информация: пол, возраст ребенка, дата проведения вакцинации, название инфекции, против которой проводилась вакцинация, название вакцины (если было указано), причины сдвига сроков вакцинации (если было указано). Время сбора данных: март–апрель 2019 г.

**Результаты.** 1. Зафиксирован рост применения комбинированных вакцин для профилактики дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, гемофильной инфекции типа b. 2. Применение комбинированных вакцин позитивно сказалось на охвате первичным курсом вакцинации против дифтерии, коклюша и столбняка. 3. В 2018 г. первая вакцинация против коклюша, дифтерии и столбняка в регламентированные сроки проведена значительно большему количеству детей. 4. Охват вакцинацией против полиомиелита находится на высоком уровне. С увеличением использования комбинированных вакцин отмечался рост количества детей, которые были привиты 3 дозами вакцины от полиомиелита к возрасту 13 мес. 5. Наличие в составе комбинированных вакцин Хиб-компонента позволило увеличить охват вакцинацией и обеспечить защиту против гемофильной инфекции большему количеству детей. 6. Раннее начало вакцинации, снижение числа инъекций за счет применения комбинированных вакцин в 2018 г., скорее всего, оказывает положительное влияние на охват и своевременность вакцинации детей против пневмококковой инфекции. 7. Почти все дети получают первую дозу вакцины гепВ в возрасте 1 мес. В 2018 г. отмечена положительная динамика охвата второй и третьей дозами.

**Заключение.** Полученные данные подтверждают гипотезу о влиянии многокомпонентных вакцин на сроки и своевременность исполнения НКПП с повышением точности исполнения сроков и полноты охвата, что соответствует данным международных исследований.

**Султанходжаева Ш. С.**

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

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Одной из форм гастроинтестинальной пищевой аллергии у детей, является аллергический энтероколит, в патогенезе которого играют роль IgE-независимые иммунологические механизмы с вовлечением значительных участков слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

**Цель исследования.** Выявить клинические особенности течения аллергического энтероколита у детей.

**Пациенты и методы.** Обследовано 29 детей с аллергическим энтероколитом, в возрасте от 2 мес до 3 года, находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦП. Критериями диагностики служили: Возраст ребенка младше 2 лет при манифестации; повторяющаяся рвота, бледность, вялость в течение 2–4 ч, возникающие в результате воздействия провоцирующей пищи; отсутствие симптомов, характерных для IgE-опосредованных реакций; устранение симптомов при элиминации причиннозначимых белков из питания ребенка; возникновение типичных симптомов в течение 2–4 ч при повторном приеме продукта или проведении провокационной пробы.

**Результаты.** Наиболее характерными клиническими проявлениями для аллергического энтероколита явились срыгивания, после кормления более пяти раз у 6 (85,7%). Кишечные колики нами прослежены у 100%, в группе детей в возрасте 7–12 месяцев, тошнота наблюдалась у 3 (21,4%). До 6 мес в 9 (90,0%) случаях заболевание сопровождалось рвотой кратностью более чем 5 раз, а в 11,1% случаях у детей старше 1 года, рвота принимала упорный характер, которая имитировала ацетонемическую. Выраженный метеоризм у детей в возрасте 7–12 мес встречался 1,3 раза чаще. Среди симптомов поражения желудочно-кишечного тракта на первый план выступали боли в животе 25 (86,2%). Частота стула колебалась от 6 до 12 раз в сут, в среднем  $5,4 \pm 1,1$  раз. Жидкий стул с отхождением стекловидной слизи наблюдался во всех возрастных группах детей.

**Заключение.** Таким образом, при аллергическом энтероколите гастроинтестинальные реакции на пищу часто носят отсроченный характер и протекают по не-IgE-опосредованному типу.

**Сутовская Д. В., Дубова Л. В., Крылова Д. Р.**

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,  
Российская Федерация*

## **ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ БЕСКЛЕТОЧНОЙ ВАКЦИНОЙ И ЕЕ ПЕРЕНОСИМОСТЬ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 4 ЛЕТ В г. КРАСНОДАРЕ**

**Актуальность.** Несмотря на вакцинацию, в последнее время отмечен рост заболеваемости коклюшем у непривитых, а также привитых как детей, так и взрослых. В связи с появлением в России новой вакцины от дифтерии, столбняка и коклюша открылись возможности вакцинации и ревакцинации среди детей старше 4 лет и взрослых.

**Цель исследования.** Изучить специфическую иммунопрофилактику и переносимость вакцины от дифтерии, столбняка и коклюша для детей старше 4 лет в городе Краснодаре.

**Пациенты и методы.** Обследовано 393 ребенка старше 4 лет и 125 взрослых, которым была проведена иммунопрофилактика вакциной для профилактики дифтерии (с уменьшенным содержанием антигена), столбняка, коклюша (бесклеточная), комбинированной, адсорбированной (Адасель) в ГБУЗ СКИБ г. Краснодаре в период с июля 2018 г. по октябрь 2019 г.

**Результаты.** Установлено, что количество привитых бесклеточной вакциной увеличилось в 2 раза среди детского населения (2018 — 129; 2019 — 264) и взрослых (2018 — 39; 2019 — 86). Повозрастная структура вакцинированных детей была следующей: 4–5 лет — 3 (0,8%), 6–7 лет — 170 (43,3%), 8–13 лет — 25 (6,4%), 14 лет — 164 (41,7%), 15–18 лет — 31 (7,8%). Общие поствакцинальные реакции среди детей составили 12,2% (48), преобладали слабые реакции — 36 (9,2%), сильные встречались у 12 человек (3%), при этом повышение температуры отмечалось у 16 человек (4%), головная боль и боли в мышцах у 38 человек (9,7%). У взрослых общие поствакцинальные реакции не отмечались. Местные поствакцинальные реакции среди детей составили 38,2% (150), преобладали слабые реакции — 103 (26,2%), сильные встречались у 47 детей (12%). Среди взрослого населения местные реакции встречались у 44% (55), при этом слабые реакции регистрировались у 38 человек (30,4%), а сильные у 17 (13,6%). Поствакцинальные реакции различной степени выраженности купировались самостоятельно в течение 3 дней. Достоверных различий в частоте встречаемости поствакцинальных реакций среди здоровых детей и с аллергическими заболеваниями установлено не было.

**Заключение.** Установлено, что бесклеточная вакцина от дифтерии, столбняка и коклюша для детей старше 4 лет, показав удовлетворительный профиль безопасности, может использоваться для вакцинации и ревакцинации против коклюшной инфекции среди детей старше 4 лет и взрослых.

**Теммоева Л. А., Кахидов А. М., Докшоков И. М., Теммоев Н. М.**

*Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик,  
Российская Федерация*

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ С АУТИЧЕСКИМ СПЕКТРОМ**

**Актуальность.** Последние десятилетия возрастает количество регистрируемых пациентов с расстройствами аутистического спектра. Одним из проявлений которого может быть задержка ПРР. Увеличение количества таких пациентов ставит акцент на важности разработки и применения эффективных методов реабилитации.

**Цель исследования.** Поиск новых эффективных методик реабилитации детей с аутизмом.

**Пациенты и методы.** В период с января 2015 по декабрь 2018 г. под наблюдением находилось 200 пациентов с ЗПРР на фоне аутизма. Из них 127 мальчиков и 73 девочки. Возрастной диапазон от 4 до 6 лет. АВА-терапия — это интенсивная обучающая программа, которая основывается на поведенческих технологиях и методах обучения. АВА как научная дисциплина изучает влияние факторов в окружающей среде на поведение и манипулирует этими факторами, чтобы изменить поведение пациента. При этом подходе все сложные навыки, включая речь, творческую игру, умение смотреть в глаза и другие, разбиваются на мелкие блоки-действия. Каждое действие разучивается с ребенком отдельно.

**Результаты.** У 69,8% снизилась агрессия, в 66,3% дети стали более адаптированы к окружающей среде, социуму. Улучшилась эмоциональная сфера в 68,5% и когнитивная функция в 58,2% случаев. Коррекция речи и словарного запаса был отмечен у 57,0% наблюдаемых пациентов, а также прогресс зрительного контакта у 48,9% детей. Мелкая и крупная моторика больных детей повысилась в 77,4% случаях. АВА-терапия проводилась в течение 3–4 нед, в 2–3 курса.

**Заключение.** 1. АВА-терапия, по результатам, оказывается эффективным инструментом идентификации ребенком собственных чувств и эмоций, способности выразить их. 2. Применение АВА-терапии, подкрепленной медикаментами и желанием родителей помочь ребенку, обязательно приводит к увеличению уровня социализации.

**Толстова Е. М.<sup>1</sup>, Зайцева Н. С.<sup>1</sup>, Зайцева О. В.<sup>1</sup>, Беседина М. В.<sup>1</sup>,  
Ефимова Е. В.<sup>2</sup>, Радимова Е. Р.<sup>2</sup>, Ионова Е. А.<sup>2</sup>, Изотова С. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А. И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва,  
Российская Федерация*

## **РЕСПИРАТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У РЕБЕНКА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ**

**Актуальность.** Множественные ВПР — фактор неблагоприятного прогноза для жизни на первом году. Тщательная диагностика с учетом как врожденных, так и приобретенных факторов необходима для установления причин тяжелого и длительного течения респираторных нарушений.

**Цель исследования.** Представить случай тяжелого течения бронхообструктивного синдрома, сочетавшегося с пневмонией, у ребенка с множественными пороками развития.

**Пациенты и методы.** Мальчик от 2-й беременности, 2-х родов в срок, внутриутробно выявлена тетрада Фалло. Оценка по Апгар 7/7. Масса 2080 г, длина 45 см. СРАР-терапия — в 1-е сут, затем кислород до 5 сут. Выписан в 1 мес: Врожденная пневмония, тетрада Фалло, НК 2А ст.; расщелина мягкого неба. В 3 мес — радикальная коррекция тетрады Фалло, после операции — ИВЛ 1,5 мес (двусторонняя полисегментарная пневмония, пневмоторакс). КТ легких (3,5 мес) — неоднородная воздушность паренхимы; поствоспалительные изменения в S2, 6 справа, S6, 8, 9 слева; сужение нижнедолевого левого бронха. В 5 мес выписан в удовлетворительном состоянии без кислорода.

**Результаты.** В 7 мес госпитализирован в ОРИТ в связи с тяжелым бронхообструктивным синдромом, ДН. Рентгенологически — правосторонняя верхнедолевая пневмония. Беспокоен, Т 39°C, тахикардия, повышение АД. Начата ИВЛ. НК не нарастала. В посеве отделяемого ВДП выделен *S. pneumoniae*. Несмотря на адекватную комплексную терапию (ИВЛ в течение 7 дней, а/б терапия, бронхолитики, ИГКС) длительно отсутствовала положительная динамика бронхообструктивного синдрома при рентгенологическом разрешении пневмонии. При бронхоскопии — стеноз левого главного бронха, КТ — стеноз левого главного бронха, фиброз S7, 9, 10 слева, S1, 2, 6, 9, 10 справа. Постепенно состояние улучшилось, нуждался в кислородной поддержке. В связи с распространенным фиброзом легких оформлен паллиативный статус, выписан домой с рекомендацией использования кислородного концентратора. КТ через 2 мес — стеноз бронха, неоднородность воздушности ткани легких, признаки фиброза отсутствуют. В возрасте 1 года 2 мес установлен биодеградируемый стент в левый главный бронх. В настоящее время ребенку 1 год 8 мес, в дополнительном кислороде не нуждается. Активный, массо-ростовые показатели в норме.

**Заключение.** Повторные пневмонии у ребенка с пороками развития привели к формированию поствоспалительных изменений легких. Сужение бронха — фактор поддержания гиповентиляции. Рентгенография — недостаточно чувствительный метод для выявления поствоспалительных изменений, при КТ возможна гипердиагностика фиброза.

Триль В. Е.<sup>1,2</sup>, Бурлуцкая А. В.<sup>1,2</sup>, Тетенкова А. А.<sup>1,2</sup>, Литвинская М. А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Российская Федерация

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница, Краснодар, Российская Федерация

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

**Актуальность.** Сегодня в структуре сердечно-сосудистой патологии возрос удельный вес неспецифических поражений миокарда невоспалительного генеза. Кардиомиопатии (КМП) относятся к тяжелой патологии и характеризуются прогрессирующим течением, резистентностью к проводимой терапии и неблагоприятным прогнозом.

**Цель исследования.** Изучить этиологические факторы и клинико-диагностические критерии метаболической КМП (МКМП) у детей и подростков.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ медицинской документации /ф.025/у/ 36 детей школьного возраста: от 7–11 лет ( $n = 11$ ) и с 11–17 лет ( $n = 25$ ) с верифицированным диагнозом МКМП в консультативно-диагностическом центре ГБУЗ «ДКБ г. Краснодара» МЗ КК за период 2017–2018 г. Диагностическая программа включала анализ жалоб, анамнестических данных, клинических проявлений, биохимическое исследование крови: аспаратаминотрансферазы (АСТ), креатинфосфокиназы-МВ (КФК-МВ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), общего холестерина, триглицеридов, липопротеиды низкой и высокой плотности, глюкозы, СРБ, АСЛО. Исследование тиреостата: ТТГ, Т3, Т4. Стандартная ЭКГ, ХМ-ЭКГ, ЭхоКГ.

**Результаты.** В ходе исследования выявлено, что МКМП чаще встречается у детей старшего школьного возраста — 69,4% ( $n = 25$ ). Этиологическими факторами являются: инфекционные заболевания — 27,7% ( $n = 10$ ), физическое перенапряжение — 25% ( $n = 9$ ), эндокринопатии (ожирение, сахарный диабет, патология щитовидной железы) — 22,2% ( $n = 8$ ), патология почек — 8,3% ( $n = 3$ ), системные заболевания соединительной ткани — 2,7% ( $n = 1$ ), не уточненные причины — 13,8% ( $n = 5$ ). Клиническими маркерами МКМП являлись: астеновегетативный синдром — 44,4% ( $n = 16$ ), кардиальный синдром — 27,7% ( $n = 10$ ), аритмический — 11,1% ( $n = 4$ ), абдоминальный — 5,5% ( $n = 2$ ), латентное течение зафиксировано у 11,1% ( $n = 4$ ). Параклинические критерии: повышение уровня КФК-МВ — 94,4% ( $n = 34$ ), АСЛО — 25% ( $n = 9$ ), СРБ — 22,2% ( $n = 8$ ), ЛДГ — 16,6% ( $n = 6$ ), патология тиреостата — 8,3% ( $n = 3$ ), дислипидемии — 8,3% ( $n = 3$ ), АСТ — 5,5% ( $n = 2$ ). Инструментальные критерии: ЭКГ-маркеры (уплощение и инверсия зубца Т, смещение сегмента ST, снижение вольтажа зубца R, полиморфизм зубца R, нарушение функции проводимости) — 97,2% ( $n = 35$ ). ЭхоКГ маркеры (диастолическая дисфункция, снижение сократительной способности миокарда, увеличение размеров ЛЖ, гипертрофия МЖП и задней стенки ЛЖ) — 75% ( $n = 27$ ).

**Заключение.** Проблема диагностики МКМП до конца не решена, ее сложность объясняется отсутствием специфических клинических маркеров заболевания, длительным бессимптомным течением, что требует выработки единого алгоритма диагностики, определения комплекса профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

**Трунова Ю. А., Рязанова Т. А., Варанкин Е. И.**

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург,  
Российская Федерация*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА И ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ С СИНДРОМОМ НУНАН**

**Актуальность.** Синдром Нунан встречается с частотой 1 на 1000–2500 новорожденных. Большинство пациентов имеют порок сердца, наиболее часто — стеноз легочной артерии. Также синдром Нунан может ассоциироваться с легочной артериальной гипертензией.

**Цель исследования.** Представить клинический случай ВПС и высокой легочной гипертензии у ребенка с синдромом Нунан.

**Пациенты и методы.** Комплексное стационарное обследование пациента. Девочка Ф., 14 лет, поступила в кардиологическое отделение МАУ ДГКБ № 11 г. Екатеринбурга с жалобами на утомляемость, одышку в покое и при физической нагрузке. Наблюдается у кардиолога и кардиохирурга с ДЗ: Высокая легочная гипертензия, III ФК. ВПС — функционально единое предсердие (большой вторичный ДМПП 20 мм). НК IIА-Б ст. III–IV ФК по NYHA. НСР: желудочковая экстрасистолия, короткие пароксизмы желудочковой тахикардии, ПБПНПГ. Синдром Нунан, синдромальная низкорослость. Кифосколиоз. ВПС выявлен с рождения. От оперативного лечения мать отказывалась.

**Результаты.** В возрасте 6 лет по данным ЭхоКГ — субтотальный вторичный ДМПП 2,8 см, дилатация правых камер сердца, СДПЖ — 90 мм рт. ст, трикуспидальная Ре II–III ст. Проведена катетеризация сердца с инвазивным мониторингом давления в ЛА, доказана рефрактерная высокая ЛГ. Оперативное лечение не показано. Получала терапию ХСН (дигоксин, Тромбо АСС, капотен, гипотиазид, верошпирон). В 11 лет был назначен силденафил с положительным эффектом (СДПЖ до 75 мм рт. ст). Периодически отмечала ухудшение состояния в виде одышки, слабости, усиления утомляемости, снижения диуреза, эпизодов тахикардии. В возрасте 14 лет назначена ЛАГ-специфическая терапия бозентаном. При поступлении проведены обследования: общеклинические анализы, КФК-МВ, тропонин I (норма), ВПР 4277 мг/мл. ЭКГ-синусовый ритм 68–69 в мин. ПБПНПГ. Выраженная гипертрофия ПЖ. Одиночные ЖЭ. ЭхоКГ — ВПС: большой вт. ДМПП 20–22 мм. Гипертрофия, дилатация ПЖ, ТрРе II ст. СДПЖ 105–110 мм рт. ст. ДДПЖ 40–45 мм рт. ст., МитРе I ст. ХМ-ЭКГ — частая ЖЭ (ИЭА 1%). Рентгенография ОГК — тень сердца расширена с 2 сторон, КТИ 70%. ТШХ — пройденное расстояние 162 м, признаки СН III ФК, одышка по Боргу — 4.

**Заключение.** Хотя в целом прогноз для жизни при синдроме Нунан благоприятный, он напрямую зависит от своевременности проводимых симптоматических мероприятий — коррекции пороков сердца и других нарушений, в частности легочной гипертензии.



**Турдиева Ш. Т.**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

## **РОЛЬ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ ПРИ ОЗДОРОВЛЕНИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Актуальность.** Хроническая гастродуоденальная патология (ХГДП) у детей остается одним из актуальных направлений медицины. В последние годы отмечается увеличение числа больных с ХГДП среди детей до 161,0‰ (Li J. и др., 2018). При этом остается актуальной проблема повышения эффективности их оздоровления.

**Цель исследования.** Исследование влияния энтеральной оксигенотерапии на регенеративный процесс при оздоровлении детей с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП).

**Пациенты и методы.** Обследованы 286 детей от 6 до 15 лет с ХГДП. Совместно с стандартными методами исследования проводили эндоскопию ЖКТ. Эзофагофиброгастродуоденоскопию (ЭГДС) проводили до и после лечения, а также после оздоровительного курса. Все пациенты были разделены на две взаимосопоставимые реабилитационные группы: 1-РГ (n = 147) и 2-РГ (n = 139). Пациенты 1-РГ получали совместно с общепринятыми методами оздоровления энтеральную оксигенотерапию. Пациентам из 2-РГ получали только стандартные методы оздоровления. Для энтеральной оксигенотерапии использовали кислородные коктейли, 1 раз в сутки, в течение 14 дней.

**Результаты.** Результаты исследования показали, что после общепринятого стандартного стационарного лечения у 27,67% (n = 79) из 286 пациентов эндоскопическая картина основного заболевания еще сохраняется или находится в ранних фазах регенеративных процессов. атрофического изменений, и при использовании лечебного свойства кислорода в виде энтеральной оксигенотерапии, наблюдается усиление процессов регенерации в среднем на 63%. При этом у пациентов с воспалительными процессами после курса стандартного стационарного лечения отмечается 2-я и 3-я степень регенерации, у больных с язвенными формами ХГДП в основном наблюдается 4-я степень регенерации. У пациентов из 1-РГ с воспалительными формами заболевания ХГДП отмечали переход на 1-ю степень регенерации, в то время как у пациентов из 2-РГ данный показатель соответствовал 2-й степени регенерации. При анализе язвенных форм ХГДП отмечаем аналогичную картину, у пациентов из 1-РГ отмечали переход из 4-й степени в 2-ю степень регенерации, у пациентов из 2-РГ отмечали 2-ю и 3-ю степень регенерации. Следовательно, данные дети нуждаются в длительном курсе реабилитации.

**Заключение.** Пациенты детского возраста с ХГДП после курса стандартного лечения нуждаются в реабилитационной терапии. При этом после проведения энтеральной оксигенотерапии в ходе реабилитации отмечается ускорение регенерации в поврежденных участках в среднем 1,6 раза.

**Турти Т. В.<sup>1,2</sup>, Беляева И. А.<sup>1,2</sup>, Намазова-Баранова Л. С.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> *Общественная организация «Союз педиатров России», Москва, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация*

## **АНАЛИЗ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НАРУШЕНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО СТАТУСА СРЕДИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С КРАЙНЕ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

**Актуальность.** Различные нарушения церебрального статуса гипоксического генеза у маловесных недоношенных новорожденных детей оказывают существенное влияние на выживаемость, формирование стойкого неврологического дефицита в последующем.

**Цель исследования.** Выявить ведущие факторы риска поражения центральной нервной системы гипоксического генеза у недоношенных новорожденных детей.

**Пациенты и методы.** Новорожденные недоношенные дети, родившиеся с крайне и очень низкой массой тела. Была организована открытая, наблюдательная, многоцентровая проспективная программа. Участвовали 7 перинатальных центров III уровня. Включение в программу осуществлялось после подписания матерью информированного согласия. Оценка факторов риска проведена у 438 матерей и 521 ребенка. Для анализа использована описательная статистика с учетом числа заполненных данных.

**Результаты.** Анализ акушерско-гинекологического анамнеза показал: урогенитальными инфекциями страдали 44,8%, хроническими соматическими болезнями страдали 33,2%, в том числе артериальной гипертензией 13,7% женщин. Лишь 67,9% встали на учет в женскую консультацию до 12-й нед, 26,3% — с 12-й по 20-ю нед беременности. Терапия угрожающих преждевременных родов проводилась лишь 66%, а стероидная профилактика РДС-синдрома 75,4% беременных женщин. При этом тяжелая асфиксия при рождении зарегистрирована у 17,4%, умеренная у 81,5% детей. Терапия препаратом сурфактанта проведена 76,1% детей. Спонтанное дыхание в конце 1 мин жизни отсутствовало у 2,5%, признаки тяжелого РДС-синдрома выявлены у 41,4%, умеренного/легкого у 48,9%. Нейросонография, проведенная в первые 168 ч жизни у 95,1% пациентов показала наличие изменений у 65,3%, в том числе, внутрижелудочкового кровоизлияния в 18,7%, кистозной перивентрикулярной лейкомаляции в 7,6% случаев.

**Заключение.** Необходимо совершенствование наблюдения беременных из группы риска; оптимизация дородовой профилактики РДС-синдрома, обоснованное использование препаратов сурфактанта, что может уменьшить частоту и тяжесть различных нарушений церебрального статуса гипоксического генеза у недоношенных новорожденных.

Турти Т. В.<sup>1</sup>, Беляева И. А.<sup>1</sup>, Намазова-Баранова Л. С.<sup>1</sup>, Бакович Е. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

## **ОБОСНОВАНИЕ ВКЛЮЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ, ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, РОДИВШИМСЯ КРАЙНЕ И ОЧЕНЬ МАЛОВЕСНЫМИ НА ТРЕТЬЕМ ЭТАПЕ ВЫХАЖИВАНИЯ**

**Актуальность.** Маловесные недоношенные новорожденные дети часто имеют несколько, патогенетически связанных, коморбидных болезней. На протяжении младенчества формируются различные последствия перинатальной патологии: неврологический дефицит, бронхолегочная дисплазия, белково-энергетическая недостаточность, др.

**Цель исследования.** Выявить частоту коморбидных болезней, состояний, отклонений показателей лабораторно-инструментальных методов обследования на 3-м этапе выхаживания.

**Пациенты и методы.** Дети первого года жизни, родившиеся недоношенными с крайне и очень низкой массой тела. Проведен ретроспективный анализ с выкопировкой данных анамнеза болезни, результатов лабораторных и инструментальных исследований, проведенных на 3-м этапе выхаживания. использована описательная статистика.

**Результаты.** Коморбидные болезни, состояния у детей, родившихся маловесными, значительно распространены: замедленный рост и недостаточность питания плода 23/64 [35, 9%]; последствия перинатального поражения центральной нервной системы 64/64 [100%]; бронхолегочная дисплазия 43/64 [67,2%]; патология глаз (ретинопатия недоношенных и др.) 51/64 [85%]; ортопедическая патология (врожденная дисплазия тазобедренного сустава, кривошея, патологические установки кистей рук, стоп) 40/64 [62,5%]; подозрение на генетическую патологию 19/64 [29,7%]. Выявлена частота отклонений лабораторных показателей: повышение содержания аспаратаминотрансферазы у 34,2%, щелочной фосфатазы у 38,8%; снижение уровня содержания: гемоглобина у 44,8%, общего белка у 38,5%, сывороточного железа — 18,4%, мочевины — 27%, иммуноглобулина G у 50% детей. Выявление эпилепсии при электроэнцефалографии с видеомониторингом зарегистрировано у 18,4%; при нейросонографии выявлено: значительное расширение боковых желудочков у 31,6%, наличие кист белого вещества мозга у 14,3%; при компьютерной томографии органов грудной клетки зарегистрированы изменения характерные для бронхолегочной дисплазии у 67,2% детей.

**Заключение.** Полученные данные позволяют рекомендовать консультации невролога, офтальмолога, ортопеда, пульмонолога, генетика и данный комплекс методов обследования детям, родившимся с крайне и очень низкой массой тела для диагностики и контроля коморбидных болезней на 3-м этапе выхаживания.

**Устюжанин А. В., Чистякова Г. Н., Ремизова И. И.**

Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства  
и младенчества, Екатеринбург, Российская Федерация

## **БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖИМОГО ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО АСПИРАТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

**Актуальность.** Микробиологическое исследование трахеобронхиального аспирата позволяет своевременно выявлять колонизацию воздухоносных путей этиологически значимыми бактериальными и грибковыми штаммами и своевременно назначать адекватную терапию.

**Цель исследования.** Анализ результатов бактериологического исследования содержимого трахеобронхиального аспирата у новорожденных детей в отделении реанимации.

**Пациенты и методы.** Исследовано 339 проб содержимого трахеобронхиального аспирата, полученного от 147 новорожденных детей в возрасте от 1 до 112 сут, получающих медицинскую помощь в отделении реанимации и интенсивной терапии. Посев биологического материала осуществляли в тиогликолевую среду с последующим высевом на кровяно-сывороточный агар, Эндо, желточно-солевой агар, Сабуро. Видовую идентификацию выделенных микроорганизмов проводили с использованием бактериологического автоматического анализатора ВИТЕК 2 компакт (Bio Mérieux, Франция) согласно инструкции производителя.

**Результаты.** Из 339 проб 262 (77,3%) — были стерильными. В 77 случаях (22,7%) детектирован рост микроорганизмов. Микробиологическая структура представлена следующим образом: *Staphylococcus epidermidis* 22 (28,6%), *Staphylococcus haemolyticus* 10 (12,9%), *Serratia marcescens* 11 (14,3%), *Staphylococcus hominis* 6 (7,8%), *Escherichia coli* 5 (6,5%), *Candida albicans* 5 (6,5%), *Ralstonia spp.* 5 (6,5%), *Enterococcus faecalis* 3 (3,9%), *Enterobacter cloacae* 2 (2,6%), *Stenotrophomonas maltophilia* 2 (2,6%), *Achromobacter xylosoxidans* 1 (1,3%), *Klebsiella pneumoniae* 1 (1,3%), *Staphylococcus aureus* 1 (1,3%), *Corynebacterium spp.* 1 (1,3%), *Candida ciferrii* 1 (1,3%), *Candida parapsilosis* 1 (1,3%). В структуре микроорганизмов, выделенных из трахеобронхиального аспирата, доминировали грамположительные кокки (54,5%), второе место занимали представители семейства *Enterobacteriaceae* (24,7%), неферментирующие грамотрицательные палочки выявлялись в 10,4%, грибы рода *Candida* идентифицированы в 9,1% случаев, однократно обнаружены коринебактерии.

**Заключение.** Проведенный анализ результатов микробиологического исследования установил широкое видовое разнообразие бактериальных штаммов, среди которых есть как возбудители оппортунистических инфекций (*Staphylococcus epidermidis*, *Ralstonia spp.*), так и типичные этиологические агенты нозокомиальных инфекций.

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

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,  
Российская Федерация*

## **НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА**

**Актуальность.** Клинически значимые нарушения сердечного ритма занимают одно из ведущих мест в структуре сердечно-сосудистой патологии детского возраста, встречаясь чаще у детей с врожденным пороком сердца (ВПС).

**Цель исследования.** Определить особенности нарушений ритма сердца у детей первого года жизни с ВПС.

**Пациенты и методы.** Дети 1 года с ВПС ( $n = 61$ ) были разделены на 3 подгруппы по тяжести нарушений гемодинамики (Hoffman J.I.E, 2002). 1-я подгруппа (I) — 20 детей с тяжелыми цианотическими ВПС (тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов, синдром гипоплазии правого сердца, тотальный аномальный дренаж легочных общих артериальный ствол; 2-я подгруппа (II) — 21 ребенок с тяжелыми ацианотическими ВПС (большой ДМЖП, коарктация аорты, стеноз аортального клапана, атриовентрикулярный канал); третья подгруппа (III) — 40 детей с ВПС средней и легкой степени тяжести (ДМПП, ОАП). Инструментальное обследование в виде ЭхоКГи электрокардиографии.

**Результаты.** При тяжелых ВПС, в сравнении с III подгруппой, отмечена большая частота нарушений ритма сердца (НРС): тахикардии (39% и 16% соответственно,  $p < 0,005$ ), синусовой аритмии (37 и 17%,  $p < 0,05$ ) и суправентрикулярной экстрасистолии (18 и 8,5%,  $p < 0,05$ ). Нарушения сердечной проводимости (НСП) также чаще наблюдались при тяжелых ВПС (44 и 13%,  $p < 0,001$ ). Среди НСП в группе тяжелых ВПС преобладали блокады ножек пучка Гиса (БНПГ), АВ-блокады, синдром ранней реполяризации желудочков к 1 году — у 45% детей (13% — в III подгруппе,  $p < 0,05$ ). В I подгруппе частота БНПГ увеличилась с 11% в 3 мес до 38% к 12 мес, во II подгруппе — с 11 до 21%; частота атриовентрикулярной блокады — с 0 до 15% и с 12 до 29%. У 4,25% детей с тяжелыми ВПС встречался синдром удлиненного интервала QT.

**Заключение.** Тяжелые ВПС у детей на 1-м году жизни достоверно чаще сопровождаются нарушениями ритма сердца и проводимости в сравнении с пациентами с ВПС легкой и средней степени тяжести.

**Филькина О. М., Воробьева Е. А., Малышкина А. И.**

*Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства  
имени В. Н. Городкова, Иваново, Российская Федерация*

## **ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ — ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ИХ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

**Актуальность.** В формировании репродуктивного здоровья подростков высока роль их информированности. Выявление информированности подростков позволит целенаправленно разрабатывать программы, повышающие уровень их знаний.

**Цель исследования.** Определить основные направления повышения информированности подростков по вопросам формирования репродуктивного здоровья.

**Пациенты и методы.** Проведено анонимное анкетирование 245 подростков 15–17 лет, обучающихся в общеобразовательных организациях, и статистическая обработка результатов.

**Результаты.** Все подростки считают, что недостаточно информированы о причинах нарушений репродуктивного здоровья, их клинических проявлениях, профилактике. 70% указали, что чаще всего причиной являются инфекции, передающиеся половым путем (ИППП). При этом 67% юношей и 78% девушек считают возможными ранние половые контакты, 97% и 86% допускают добрачные отношения. Оптимальным возрастом начала сексуальной жизни подростки считают 16–18 лет, однако указывают на начало сексуальных отношений некоторых своих сверстников с 13–15 лет. 77% юношей и 33% девушек указывают на необходимость использования контрацептивов. Более 70% плохо знают проявления ИППП, об их влиянии на репродуктивное здоровье. 10% юношей и 7% девушек относят аборты к обычным ситуациям, 50% — к крайним мерам. При этом наступление незапланированной беременности подростки связывают с безответственностью (65%) и низкой информированностью (30%). Аборты оправдывают плохими материальными условиями, отсутствием жилья, необходимостью продолжать образование, отказом отца ребенка от его рождения, неуверенностью юношей в отцовстве.

**Заключение.** Приоритетным направлением повышения информированности подростков о формировании репродуктивного здоровья является информирование о факторах риска; роли врачей-специалистов в диагностике, профилактике и лечении; о профилактике нежеланной беременности и влиянии абортов на репродуктивное здоровье.

**Филькина О. М., Воробьева Е. А., Малышкина А. И., Арехова Заза-Бика Ф.**

*Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства  
имени В. Н. Городкова, Иваново, Российская Федерация*

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРЕЙ, РОДИВШИХ ДЕТЕЙ ОТ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЭКО**

**Актуальность.** На здоровье детей, родившихся после ЭКО, оказывают влияние различные факторы, в том числе, медико-социальная характеристика матерей.

**Цель исследования.** Выявить особенности медико-социальной характеристики матерей, родивших детей от одноплодной беременности после различных методов ЭКО.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 105 матерей, родивших детей от одноплодной беременности после переноса криоконсервированных эмбрионов (ПКЭ), и 114 матерей, родивших детей от одноплодной беременности после переноса свежих эмбрионов (ПСЭ). Проводились анкетирование и выкопировка данных из индивидуальных карт пациента при применении ВРТ (форма № 111-1/у-03).

**Результаты.** Матери, родившие детей от одноплодной беременности после ПКЭ и ПСЭ, не различались по возрасту. Большинство женщин в сравниваемых группах были старше 31 года (71 и 77%,  $p > 0,05$ ), из них 40–45% составили женщины старше 36 лет. Брак несколько чаще был зарегистрирован у женщин с КПЭ, чем при ПСЭ (93 и 89% соответственно,  $p > 0,05$ ). По профессиональной деятельности матери в сравниваемых группах не различались. Большинство из них были служащие (62–61%), на втором месте по частоте встречаемости — рабочие специальности (20%), не работающие женщины составили 15 и 17% соответственно. Акушерский анамнез отягощен у всех женщин сравниваемых групп. Предыдущие беременности закончились родами у 34% женщин с ПКЭ и 26% с ПСЭ. Внематочная беременность отмечалась в анамнезе у 29% женщин с ПКЭ и 24% с ПСЭ, медицинские аборт — у 25 и 21% соответственно, выкидыши — у 12% и 14% соответственно, погибшая беременность — у 13 и 9% соответственно. Не наступало ранее беременности у 31% женщин с КПЭ и несколько чаще, у 44% женщин с ПСЭ.

**Заключение.** Матери, родившие детей от одноплодной беременности после различных методов ЭКО, не различались по возрасту, социальному и акушерскому анамнезу.



**Фомичева Т. П.<sup>1</sup>, Дубровская Т. А.<sup>2</sup>, Гирина А. А.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Кондинская районная больница, Междуреченский, Российская Федерация

<sup>3</sup> Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Российская Федерация

## **РЕДКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА: ГИПОФОСФАТАЗИЯ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Актуальность.** Гипофосфатазия (ГФ) — редкое наследственное заболевание, в основе которого лежит снижение активности тканеспецифической щелочной фосфатазы (ЩФ), кодируемой геном *ALPL*, и характеризующееся нарушением минерализации скелета, зубов, а также рядом системных осложнений. В виду отсутствия настороженности по орфанным заболеваниям, врачи, фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов мало ориентированы на диагностику заболеваний данной группы. При своевременной диагностике ГФ поддается лечению.

**Цель исследования.** Представить данные клинического наблюдения за пациентом с момента рождения и до настоящего времени.

**Пациенты и методы.** Проведена ретроспективная оценка анамнеза жизни и течения заболевания у пациента с ГФ.

**Результаты.** Ребенок С. от 4-х оперативных родов, от возрастных родителей. В родильном отделении выставлен диагноз остеохондродисплазия с дефектами роста трубчатых костей, укорочение трубчатых костей. На первом году жизни физическое развитие с отставанием, замедление прибавки массы; исключена дисплазия тазобедренных суставов. В возрасте полутора лет выставлен диагноз: «Последствия перинатального поражения ЦНС, синдром диффузной мышечной гипотонии, умеренной степени выраженности, задержка моторного развития, задержка роста соматогенного генеза». Рекомендована консультация генетика. Впервые обратились к стоматологу в возрасте 3 лет с жалобами на выпадение зубов. Отец принес в платке одновременно до 10 зубов. Впервые зубы начали выпадать в возрасте 6 мес после травмы. В результате обследования выявлены изменения костной ткани зубов, трубчатых костей, снижение активности ЩФ в крови до 26,0 IU/L. Активность ЩФ определялась неоднократно, в последующих исследованиях существенно не изменялась (24,0 IU/L, 36,1 IU/L). На рентгенограмме большой берцовой и малой берцовой костей наличие разрежения костной ткани в виде «языков пламени». При объективном осмотре в возрасте 3 года 11 мес наблюдалось отставание в физическом развитии: масса тела 13 кг; ИМТ 14,40 (SDS 1,15), рост 95 см (SDS 1,41). Выявлены множественные изменения костного скелета. Деформация костей предплечья, деформация грудной клетки, относительное укорочение костей голени, деформация н/конечностей, асимметрия лица, выступающие лобные бугры, гипертелоризм, брахицефалия, плоское лицо, короткая шея, широкие низко посаженные уши. После проведенного обследования, учитывая множественные изменения костного скелета, снижение активности ЩФ крови, раннее выпадение молочных зубов, был рассмотрен диагноз ГФФ. Данный диагноз был подтвержден методом прямого полного секвенирования гена *ALPL*, кодирующего тканеспецифическую ЩФ, дефекты которого являются причиной заболевания. Исследование проводилось в ФГБНУ «Медико-генетический научный центр».

**Заключение.** Гипофосфатазия — тяжелое прогрессирующее заболевание, требующее своевременной диагностики. Для постановки предварительного диагноза достаточно исследовать активность ЩФ на фоне довольно типичной клинической картины (выпадение зубов, деформация скелета, рентгенологические изменения трубчатых костей), следующим этапом должно быть проведение генетического тестирования.

**Халидуллина О. Ю., Петрушина А. Д., Ушакова С. А., Кайб И. Д.**

*Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень,  
Российская Федерация*

## **СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В НЕОТЛОЖНОЙ ПЕДИАТРИИ**

**Актуальность.** С целью предотвращения ошибок в реальной клинической практике процесс обучения в медицинском образовании претерпевает большие изменения. Происходит переход к симуляционной методике обучения и моделированию неотложных клинических ситуаций с использованием высокореалистичного оборудования.

**Цель исследования.** Проанализировать результаты симуляционного обучения врачей педиатров по разделу неотложная педиатрия за период 2017–2019 гг. путем анкетирования.

**Пациенты и методы.** Представлен опыт обучения врачей педиатров с использованием моделирования клинических ситуаций по неотложной педиатрии, своеобразных тренингов. Для максимальной реалистичности разработаны сценарии некоторых неотложных состояний для PediaSIM ECS — компьютерного робота — симулятора ребенка шести лет, а также — для роботов симуляторов новорожденного и ребенка до года. Предложены различные варианты развития исходов при правильной и ошибочной тактике лечения одним специалистом или командой врачей. Велась видеозапись с последующим обсуждением последовательности действий, вариантов лечения, коммуникативных навыков, слаженности работы обучающихся.

**Результаты.** С привлечением преподавателей Центра симуляционного обучения навыки сердечно-легочной реанимации за три года освоили 765 врачей педиатров. Из этого количества 365 специалистов (47%) прошли обучение дополнительно с использованием моделирования неотложных клинических ситуаций. Эта методика была использована впервые как для преподавателей кафедры, так и для обучающихся. Многие врачи сталкивались с некоторыми неотложными состояниями впервые и имели возможность испытать себя в стрессовой ситуации с неоднократными повторами для отработки навыков. Задачей технического работника Центра и преподавателей было воссоздание у врачей атмосферы реальности происходящего, несмотря на использование роботов, а не пациентов. Некоторые врачи, с длительным стажем работы, имели собственную точку зрения на смоделированную ситуацию, зачастую отмечалось нежелание участвовать, повышенная стеснительность, чрезмерная уверенность в правильности своего опыта, что требовало от преподавателя большего уровня знаний, подготовленности и определенной эмоционально затратной реакции. В 97% случаев при анкетировании врачи педиатры хотели бы продолжать обучение в данном формате, 3% предложенную методику пока не приняли.

**Заключение.** В целом все врачи отметили высокую эффективность освоения навыков оказания неотложной помощи детям в смоделированных условиях. Симуляционное обучение по неотложной педиатрии в дальнейшем позволит уменьшить количество медицинских ошибок и сделать безопасной медицинскую среду для маленького пациента.

**Хамзаев К. А.**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕРОИДСБЕРЕГАЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Примерно у 50% детей с чувствительным к стероидам идиопатическим нефротическим синдромом (ИНС) развивается стероидная зависимость или часто рецидивирующее течение, требующее применения стероидсберегающих препаратов (ССП). Является важным раннее выявление детей с высоким риском применения ССП.

**Цель исследования.** Выявление предикторов потребности в стероидсберегающих препаратах в лечении ИНС и разработке прогностической модели.

**Пациенты и методы.** Проводили ретроспективное когортное исследование, включавшее всех детей с ИНС, чувствительными к стероидам, которые наблюдались в течение не менее 4,5 мес. Проведено регрессионное моделирование Cox и анализ кривой принятия решений.

**Результаты.** 120 детей (81 мальчик) с ИНС были включены в исследование и наблюдались в среднем в течение 6,7 (диапазон 0,4–24,1) лет. Средний возраст на момент постановки диагноза составил 3,4 года. 72 (60%) ребенка нуждались в ССП после в среднем 10 мес после эпизода заболевания. Дети мужского пола, возраст начала заболевания, использование пульс-терапии метилпреднизолоном и время достижения первой ремиссии были значительно связаны с исходом заболевания. Время достижения ремиссии оставалось значимым только после корректировки: отношение риска (ОР) 1,9 [95% доверительный интервал (ДИ) 1,5–2,5], если рассматривать его как непрерывную переменную, и ОР 4,1 (95% ДИ 1,9–8,6) при дихотомии с использованием 9-дневного порога. ROC-кривая соответствующей прогностической модели составила 0,81 (95% ДИ 0,74–0,89), и анализ кривой принятия решений показал, что эта модель работает лучше, чем любая другая стратегия.

**Заключение.** Время до первой ремиссии является сильным предиктором потребности в стероидсберегающих препаратах в идиопатическом нефротическом синдроме у детей. Для подтверждения точности и пользы нашей модели прогнозирования необходимы дальнейшие проспективные исследования.

**Хамзаев К. А., Шаикрамов Ш. Ш., Ахматалиева М.**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ИСХОД ОСТРОГО ПОСТИНФЕКЦИОННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Острый постинфекционный гломерулонефрит приводит к развитию иммунокомплексной диффузной пролиферации, нередко с экстра- или эндокапиллярными изменениями с клинически развитием нарушения функции почек и артериальной гипертензии требующие применение интенсивной терапии.

**Цель исследования.** Оценка клинических особенностей, осложнения и исход острого постинфекционного гломерулонефрита (ПГН).

**Пациенты и методы.** Исследование проведено в 2014–2018 гг. в отделении нефрологии Республиканского специализированного научно-практического центра педиатрии. ПГН был диагностирован при наличии: а) гематурии (или гематурии с протеинурией), б) клинико-серологических данных по недавно перенесенной стрептококковой инфекции, в) низкого уровня С3 сыворотки с нормализацией в течение 8–12 нед. Острое повреждение почек (ОПП) было диагностировано согласно критериям Acute Kidney Injury Network (AKIN).

**Результаты.** Среди 83 детей с острым нефритическим синдромом у 72 (86,7%) имелся постинфекционный гломерулонефрит (ПГН). Стрептококк был наиболее распространенной этиологией 65 (90,3%) среди случаев ПГН. В 58 (80,6%), 4 (5,6%) и 2 (2,8%) случаях соответственно, гематурии предшествовали пиодермия, инфекции верхних дыхательных путей и ветряная оспа. ПГН был вызван пневмонией, паротитом и абсцессом печени в 7 (9,7%) случаях. Осложнения включали ОПП в 15 (20,8%) случаях, гипертонию в 14 (19,4%) случаях, сердечную недостаточность в 8 (11,1%) случаях, энцефалопатию в 3 (4,2%) случаях и ретинопатию в 1 (1,4%) случае. Среди пациентов с ОПП 3 (20%) находились в стадии ОПП 3, в то время как 1 ребенок нуждался в гемодиализе. В двадцати трех случаях (31,9%) имелись признаки остаточного повреждения почек при выписке. В 4 случаях нефробиопсия показала диффузный пролиферативный гломерулонефрит и экстракапиллярный ГН в одном случае ПГН. Через 6 мес наблюдения у одного пациента продолжалась микроальбуминурия.

**Заключение.** Постинфекционный гломерулонефрит (включая постстрептококковый гломерулонефрит) остается наиболее частой причиной развития острого нефритического синдрома у детей. В нашем исследовании отмечалась высокая частота развития артериальной гипертензии и ОПП что требовала более агрессивное лечение.

**Хан М. А.<sup>1,2</sup>, Тальковский Е. М.<sup>1,2</sup>, Смирнов А. Н.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> *Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины*

<sup>2</sup> *Детская городская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова, Москва, Российская Федерация*

## **ПРИМЕНЕНИЕ КОНДУКЦИОННОЙ КРИОТЕРАПИИ И ЧРЕСКОЖНОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАПОРЕ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Хронический запор у детей представляет собой большую медико-социальную проблему современного общества, вследствие высокой распространенности (20–30%), возможности развития осложнений, значительного снижения качества жизни, неблагоприятного влияния на рост и развитие ребенка.

**Цель исследования.** Научное обоснование применения кондукционной криотерапии и ее сочетанного воздействия с чрескожной электронейростимуляцией.

**Пациенты и методы.** 120 детей с хроническим запором от 3 до 15 лет. Мальчиков было 55 (45,8%), девочек — 65 (54,2%). Все дети методом рандомизации с использованием электронных таблиц случайных чисел были разделены на 4 равные группы по 30 человек, сопоставимые по возрасту, полу и клиническим проявлениям. Все дети получали базисное лечение (послабляющая диета, пробиотики, желчегонные препараты, ферменты). Первая группа сравнения получала кондукционную криотерапию (ККТ), вторая группа сравнения — чрескожную электронейростимуляцию (ЧЭНС), основная группа — сочетанное воздействие ККТ и ЧЭНС (криоэлектронейростимуляцию). Контрольная группа — только базисную терапию.

**Результаты.** На основании проведенных исследований установлено, что только при применении ЧЭНС у большинства детей основной группы выявлены статистически значимые положительные сдвиги большинства клинико-функциональных показателей хронического запора: купирование у всех детей абдоминального синдрома, болезненной дефекации и энкопреза, регистрация регулярного самостоятельного оформленного стула у 90% детей, а также нормализация показателей баллонографии и аноректальной профилометрии у 85,5%. Совокупная оценка динамики клинико-функциональных показателей у детей с хроническим запором, до и непосредственно после лечения выявила более выраженный терапевтический эффект при сочетанном применении физических факторов — ЧЭНС в 90% случаев ( $p < 0,05$ ). При раздельном применении физических факторов эффективность ККТ составила 73,3%, ЧЭНС — 63,3% ( $p < 0,05$ ). Анализ непосредственных результатов лечения в зависимости от типа хронического запора показал, что при гипотоническом типе более высокая эффективность отмечалась у детей, получавших ЧЭНС — 88,9% и ЧЭНС — в 75,0% случаев ( $p < 0,05$ ). При спастическом типе запора положительные результаты получены при применении ЧЭНС (91,7%) и ККТ — в 84,6% ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** На основании проведенных исследований дано научное обоснование возможности применения физических факторов и установлена более высокая терапевтическая эффективность применения ККТ и ее сочетанного воздействия с ЧЭНС при хроническом запоре у детей с учетом типа нарушения кишечной моторики.

Хизяпова Т. П.<sup>1</sup>, Кухарева Т. Д.<sup>1</sup>, Зарипова Ю. Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Детская республиканская больница, Петрозаводск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск,  
Российская Федерация

## АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН ПО ПРОФИЛЮ «ПЕДИАТРИЯ» НА ПРИМЕРЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

**Актуальность.** Результаты ведомственного контроля качества медицинской помощи в медучреждениях Республики Карелия (РК) в 2018 г. показал, что по профилю оказываемой помощи «педиатрия» стоит на 6 месте по количеству обращений граждан после терапии, скорой медицинской помощи, травматологии и ортопедии, стоматологии.

**Цель исследования.** Провести анализ обращений граждан по профилю «педиатрия» на примере детской поликлиники.

**Пациенты и методы.** Проанализированы обращения граждан за период 2016–2018 гг. по вопросам оказания медицинской помощи в поликлинике ГБУЗ «Детская республиканская больница» (г. Петрозаводск). Обращения касались вопросов доступности записи к врачам-специалистам, качества оказания медицинской помощи, организации работы поликлиники, прикрепления к поликлинике, лекарственного обеспечения, организации медицинской помощи в ДДУ и школах, вопросов этики и деонтологии, а также санаторно-курортного лечения.

**Результаты.** Общее число обращений за 3 года имеет стабильный характер — 58–60. Необходимо отметить, что предпочтительным способом обращения граждан было выбрано электронное письмо на почту МЗ РК (59–68%) по сравнению с электронной почтой учреждения (32–41%). Большая часть вопросов за указанный период приходилась на вопросы организации работы поликлиники, качества оказания медпомощи и доступности врачам-специалистам. За последние 3 года увеличилось число обращений по организации работы: с 8,5% в 2016 г. до 25% в 2018 г. Низкий процент обращений по качеству оказания медпомощи (6,9%) отмечен в 2017 г по сравнению с 2016 г. — 22% и 2018 г. — 20%. Важно отметить, что значительно уменьшилось количество обращений по вопросам записи на прием к врачам-специалистам (28,8% в 2016 г. и 6,7% в 2018) и доступности к врачам-специалистам (41,4% в 2017 г. и 21,7% в 2018). Данная положительная динамика связана с реорганизацией работы врачей-специалистов (улучшение кадровой ситуации, пересмотр потребности в осмотрах врачей-специалистов, оптимизация расписания приемов).

**Заключение.** Анализ жалоб и обращений населения является неотъемлемой частью внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи и позволяет разработать перспективный план развития поликлиники по всем разделам ее работы (контроль качества, диспансеризация, профосмотры и т. д.).

**Хорошева Е. Ю.<sup>1</sup>, Горохова Н. Е.<sup>1</sup>, Кожевникова Л. А.<sup>1</sup>, Серокурова Е. В.<sup>1</sup>,  
Беляева Е. В.<sup>1</sup>, Некрасов Д. В.<sup>2</sup>, Волох Е. В.<sup>1</sup>, Финицких С. Л.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Областная клиническая больница № 1, Тюмень, Российская Федерация

<sup>2</sup> Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень,  
Российская Федерация

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ г. ТЮМЕНИ**

**Актуальность.** Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) у детей являются актуальной проблемой педиатрии в связи неуклонным ростом заболеваемости и прогрессирующим течением процесса, все чаще приходится применять таргетную терапию.

**Цель исследования.** Изучить особенности клинических проявлений болезни Крона (БК) и язвенного колита (ЯК) у детей в г. Тюмени.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 63 амбулаторных карт и медицинских карт стационарного больного пациентов с ВЗК, проходивших лечение в ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» в 2016–2019 гг.

**Результаты.** На диспансерном наблюдении в областной детской консультативной поликлинике состоит 63 пациента с ВЗК, из них с БК — 23 человека и 40 — с ЯК. Дебют заболевания у 77,8% детей наблюдался в дошкольном и старшем школьном возрасте. Клинические проявления ЯК были типичными: диарея с примесью слизи и крови от 5 до 25 раз/сут, абдоминальный болевой синдром, похудание, которые сопровождались анемией легкой (28,2%), средней (30,8%), тяжелой степени (5,1%). Гастроинтестинальные симптомы болезни Крона более разнообразны и зависят от локализации процесса, сочетаются с внекишечными проявлениями: артралгии (5), сакроилеит (1), узловатая эритема (2), эрозивный стоматит (1), длительный субфебрилитет (11). У 1/3 пациентов диагностированы осложнения: стриктуры кишечника (6), пенетрирующая язва сигмовидной кишки (1), параректальные свищи и абсцессы (3). Средняя длительность периода от первых симптомов до установления диагноза составила при ЯК 9,7 мес, при БК — 6,9 мес. Лечение проводилось в соответствии с рекомендациями, при отсутствии эффекта 9 больным назначена таргетная терапия.

**Заключение.** Учитывая рост заболеваемости, запаздывающую диагностику и драматичное течение заболевания считаем целесообразным создание регионального и федерального регистра Пациентов с ВЗК, что будет способствовать ранней диагностике и повышению эффективности терапии.



**Хорошева Е. Ю.<sup>1,2</sup>, Храмова Е. Б.<sup>1</sup>, Курочкина О. Н.<sup>1</sup>, Фадеева А. В.<sup>1</sup>,  
Горохова Н. Е.<sup>2</sup>, Тропина Е. Т.<sup>2</sup>, Чеховская О. Ю.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> Областная клиническая больница № 1, Тюмень, Российская Федерация

## **МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

**Актуальность.** В последнее время в детских организованных коллективах наблюдается рост респираторных заболеваний, вызванных атипичными возбудителями. По данным литературы, доля *Mycoplasma pneumoniae* в этиологии заболеваний нижних дыхательных путей у детей составляет до 30%.

**Цель исследования.** Изучить клинические особенности респираторной инфекции микоплазменной этиологии у детей.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ всех случаев госпитализации детей в ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» г. Тюмень с заболеваниями дыхательных путей в период с января 2018 г. по сентябрь 2019 г. Методом ПЦР в биологическом материале было исследовано 540 мазков из носоглотки, микоплазменная инфекция верифицирована у 163 детей (30%).

**Результаты.** Возраст пациентов — от 3 мес до 17 лет (в среднем — 11 лет). Средний срок госпитализации — 7 сут от начала заболевания. Диагноз пневмония верифицирован у 141 ребенка (86,5%), трахеит — у 7 чел (4,3%), бронхит у 14 чел (14%), из них у 6 пациентов верифицирован обструктивный бронхит. Амбулаторно антибиотики получали 111 детей (68%): амоксициллин — 63 чел (57%), ингибиторзащищенный амоксициллин — 36 детей (32%), цефалоспорины — 21 чел (19%). При этом у 98 чел (88%) положительной динамики не отмечено. 7 детей (6%) получали препарат из группы макролидов. Аускультативная картина, характерная для пневмонии, отмечалась у 78 детей (68%). Лейкоцитоз наблюдался у 27 детей (17%), лейкопения — 8 детей (5%). Инфильтративный процесс определялся в паренхиме одного легкого у 130 чел (92%), преобладала очаговая пневмония — у 76 чел (54%). При поступлении в стационар в 65% случаев было заподозрено наличие атипичной микрофлоры и назначены макролиды. После получения положительного результата ПЦР на *Mycoplasma pneumoniae* (в среднем — на 3 сут пребывания в стационаре) произведена смена получаемого ранее антибактериального препарата на макролид. На 2-е сут этиотропной терапии купирована лихорадка.

**Заключение.** Микоплазменная инфекция у детей имеет разнообразную клиническую симптоматику, что затрудняет диагностику и приводит в ряде случаев к неадекватной антибактериальной терапии. Для верификации *Mycoplasma pneumoniae* целесообразно использовать метод ПЦР в биологическом материале.

**Хосомоева С. С., Гусев С. М., Галактионова М. Ю., Чеснокова Л. Л.**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

## **ФАКТОРЫ РИСКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ШКОЛЬНИКОВ**

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре хронической неинфекционной патологии, являясь одной из основных причин смертности. Это может быть обусловлено недостаточной эффективностью программ по профилактике, что диктует необходимость целенаправленного изучения факторов риска.

**Цель исследования.** Оценка функциональных показателей сердечно-сосудистой системы, факторов риска метаболического синдрома у детей с разным уровнем физического развития.

**Пациенты и методы.** Обследовано 325 школьников (140 мальчиков (43,07%) и 185 девочек (56,92%) г. Красноярска в возрасте от 11 до 16 лет (средний возраст  $12,5 \pm 1,5$  лет). Комплексное обследование, включающее антропометрию с оценкой уровня и гармоничности физического развития; мониторинг показателей артериального давления (АД), электрокардиографическое исследование, включающее запись ЭКГ в покое и после физической нагрузки, холтеровское суточное мониторирование ЭКГ (Cardiofax АК 631-Д), лабораторная диагностика, проводились в условиях клиники Института медицинских проблем Севера. Статистический анализ осуществляли с помощью программы Statistica 6,0.

**Результаты.** Гармоничным физическое развитие было у 168 (51,7%) школьников, эти дети составили I группу. В структуре отклонений в физическом развитии преобладала дисгармония за счет избыточной массы тела (32,6%), эти дети составили II группу (106 человек); в III группу вошли дети с дефицитом массы тела — 51 (15,7%). Во II группе число детей с наследственной отягощенностью выше, чем в I и III группах. Гипертоническая болезнь у родственников отмечалась во II группе в 60,8%, в I группе у 49,4% и в III группе — 33,9%. Проявления ИБС у родственников выявлены в 45% случаях во II группе; в I и III группах 36,2 и 35,9% соответственно. Сахарный диабет и ожирение выявлены у родственников детей II группы также чаще, чем в I и III группах: 10,5 и 33,7% против 4,9 и 9,3%. Повышенный уровень АД (от 95 до 100%) зарегистрирован у 20,0% обследованных, диагноз артериальной гипертензии был выставлен 34 (10,7%) пациентам из II группы. Экзогенно-конституциональное ожирение имело место у 27,3% детей II группы (ИМТ на уровне или выше 95-го перцентиля). Нарушение толерантности к углеводам выявлено у 21 ребенка (19,8%), гипертриглицеридемия и низкий уровень ХС-ЛПВП диагностирован у 11 (10,3%) детей II группы.

**Заключение.** Таким образом, результаты исследования показали, что у детей с дисгармоничными вариантами физического развития чаще отмечается наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Признаки метаболического синдрома диагностированы у 10,3% подростков.

Хоха Р. Н.<sup>1</sup>, Васько Т. П.<sup>2</sup>, Рачковская И. Е.<sup>2</sup>, Сергеюк Э. Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Детская областная клиническая больница, Гродно, Республика Беларусь

## СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К АЛЛЕРГЕНАМ ДОМАШНИХ ЖИВОТНЫХ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЕЙ

**Актуальность.** Аллергены домашних животных — ключевой фактор риска ингаляционной аллергии, значительно влияющие на степень ее тяжести.

**Цель исследования.** Оценить уровень специфических IgE-антител к аллергенам домашних животных у детей с аллергией.

**Пациенты и методы.** Проведено ретроспективное исследование уровня специфических IgE антител к аллергенам кошки (шерсть, эпителий) и аллергенам собаки (шерсть, эпителий) у 203 детей в возрасте от 6 мес до 14 лет с клиническими симптомами аллергии (респираторные, кожные, гастроинтестинальные) в период с января по ноябрь 2019 г.

**Результаты.** Из 203 детей частота сенсibilизации к аллергенам кошки была установлена у 21,18%, к аллергенам собаки — у 13,3% детей; 5,91% детей были сенсibilизированы одновременно к аллергенам обоих домашних питомцев. Уровень специфических IgE-антител (Ме 25–75%), приходящийся на 1 ребенка, был выше ( $p = 0,0023$ ) к аллергенам кошки (13,2 (2,6–27,1)) IU/m в сравнении с таковым к аллергенам собаки (1,25 (0,91–12,5)) IU/m. Частота распределения детей в зависимости от уровня IgE-антител/средний уровень IgE-антител в классах к аллергенам кошки была следующей: повышенный — 32,36%/1,6 (1,3–2,6) IU/mI, очень повышенный — 27,91%/10,85 (8,45–14,7) IU/mI, высокий — 23,26%/25,9 (21,5–30) IU/mI, очень высокий — 16,28%/76,9 (61–100) IU/mI. К аллергенам собаки: низкий уровень IgE-антител обнаружен у 29,63%/0,5 (0,46–0,6) IU/mI, повышенный — у 33,33%/0,93 (0,84–1,1) IU/mI, очень повышенный — у 14,82%/9,2 (7,6–12,5) IU/mI, высокий — у 14,82%/27,7 (22,65–35,6) IU/mI, очень высокий — у 7,4% детей/78,2 (56,4–100) IU/mI.

**Заключение.** Знание частоты профиля сенсibilизации к аллергенам домашних животных позволяет выбрать правильную тактику профилактики и лечения аллергических заболеваний у детей.

**Цимбалова О. В.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Детский центр здоровья, Красноярск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Красноярская городская детская поликлиника № 2, Красноярск, Российская Федерация

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ В СОПРОВОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ С ПОЗИЦИИ ВРАЧЕЙ ПЕДИАТРА, ЭНДОКРИНОЛОГА И ДИЕТОЛОГА НА БАЗЕ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ**

**Актуальность.** Ожирение у детей — проблема современного общества и здравоохранения, которая достигла масштаба эпидемии. По данным ВОЗ, в 2016 г. в мире от ожирения и избыточного веса страдали 41 млн детей в возрасте до 5 лет и 340 млн детей и подростков в возрасте 5–19 лет. В России у детей в возрасте 5–17 лет избыточная масса тела зафиксирована у 21,9% мальчиков и 19,3% девочек, а ожирение — у 6,8% мальчиков и 5,3% девочек. Максимально высокая распространенность избыточной массы тела и ожирения была зарегистрирована среди мальчиков 10-летнего возраста (Н. П. Соболева, 2014). Согласно мнению экспертов ВОЗ, «в современном обществе дети и молодежь подвергаются множеству факторов, способных оказывать влияние на развитие ожирения». Несбалансированное, избыточное по калорийности и дефицитное по содержанию микронутриентов питание является серьезной проблемой, требующей комплексного подхода.

**Цель исследования.** Комплексная оценка эффективности включения в программу по снижению веса нутрицевтической, пре- и пробиотической поддержки, направленной на улучшение метаболизма, стимуляцию процессов анаэробного и аэробного обмена, активности мышечной ткани, поддержание биохимического и гормонального гомеостаза организма.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 63 ребенка обоего пола от 5 до 17 лет (8 чел. с избыточной массой тела, 55 чел. — с ожирением). Все пациенты получали нутрицевтическую поддержку в возрастных дозировках: витамин Д, препараты йода, омега-3 жирные кислоты — постоянно; магний, селен, цинк, пробиотические препараты — курсами. Оценивались: исходные показатели — индекс массы тела (ИМТ), данные биоимпедансометрии, дополнительные показатели — результаты лабораторных и инструментальных обследований.

**Результаты.** После проведенного лечения у пациентов отсутствовала отрицательная динамика показателей ИМТ и биоимпедансометрии. Не произошло никаких изменений у 5 чел. (8%) — продолжают наблюдаться. Положительная динамика зарегистрирована у 58 чел. (92%). Снижение веса по результатам биоимпедансометрии произошло у всех детей только за счет жировой массы и жидкости на фоне увеличения показателя% активной клеточной массы (АКМ), что свидетельствует об ускорении метаболизма и улучшении качества мышечной ткани. По результатам биохимического анализа крови у всех детей наблюдалось улучшение показателей липидного профиля, снижение уровня инсулина, повышение уровня свободного Т4 и снижение тиреотропного гормона (ТТГ).

**Заключение.** Обязательным условием для эффективного снижения веса ребенка и поддержания его в дальнейшем, выступает комплексный подход, включающий не только мотивацию, современные принципы диетологии, адекватную физическую активность, но и нутрицевтическую поддержку, направленную на улучшение метаболизма, стимуляцию процессов анаэробного и аэробного обмена, активности мышечной ткани, поддержание биохимического и гормонального гомеостаза организма.

**Цимбалова О. В.<sup>1,2</sup>, Попелюк С. В.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Детский центр здоровья, Красноярск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Красноярская городская детская поликлиника № 2, Красноярск, Российская Федерация

## **ПРАКТИКА УЧАСТИЯ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В ФОРМИРОВАНИИ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И АКТИВНОЙ ПОЗИЦИИ СЕМЬИ В СОХРАНЕНИИ И УЛУЧШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ**

**Актуальность.** Источники большинства болезней взрослых лежат в детском и подростковом периодах. Фундамент физического, репродуктивного, психического здоровья подрастающего поколения закладывается в семье. Высокая распространенность среди детей ожирения, патологии ОДА, низкая физическая активность.

**Цель исследования.** Показать систему мероприятий Центра здоровья, содействующую в формировании личной ответственности и активной позиции ребенка и родителей в сохранении и улучшении здоровья и качества жизни. А также методы контроля осведомленности подростков о факторах, влияющих на их репродуктивное здоровье и уровня знаний родителей об особенностях физического, психического развития ребенка преддошкольного и дошкольного возраста, влияния внешних и внутренних факторов на здоровье, рост, развитие ребенка.

**Пациенты и методы.** Дети разных возрастных групп и их родители. Отдельно, по специально разработанным анкетам, в опросе приняли участие 192 девушки и 173 юноши в возрасте 13–14 лет. Родители детей преддошкольного и дошкольного возраста — 117 человек. Методология опроса предполагала проверку осведомленности детей и взрослых на начальном этапе — до обучающих лекций, и через две недели после их проведения.

**Результаты.** Достигнута высокая эффективность обучающих лекций в осведомленности подростков по вопросам репродуктивного здоровья и взрослых об основных процессах, влияющих на степень адаптации ребенка к детскому саду и способах управления ими. Вопросы для детей: «Напишите признаки полового созревания» у девушек, до — 59% (после — 98%). «Нормальная продолжительность менструального цикла», до — 67% (после — 99%). «Знаете ли Вы о средствах контрацепции», до — 16% (после — 100%). «Какие, на Ваш взгляд, важнейшие составляющие здоровья человека» (девушки), до — 34% (после — 97%). «Какие на Ваш взгляд важнейшие составляющие здоровья человека» (юноши), до — 36% (после — 95%). «Напишите признаки полового созревания у юношей», до — 56% (после — 97%). «Знаете ли Вы, что мужским здоровьем занимается специальный врач», до — 10% (после — 99%). «Знаете ли Вы о средствах контрацепции» до — 29% (после — 98%). Вопросы для родителей: «Продолжительность нормального периода адаптации», до — 36% (после — 97%). «Важнейшие составляющие здоровья человека» до — 61% (после — 96%). «Сколько раз в норме ребенок, посещающий первый год детский сад, может болеть ОРВИ», до — 9% (после — 100%). «Тревожные признаки в состоянии ребенка при адаптации» до — 25% (после — 98%).

**Заключение.** Необходимость управления своим здоровьем возникает с момента рождения человека. На успешность данного процесса существенное влияние оказывает его сопровождение качественными, доступными, актуальными мероприятиями, проводимыми медицинскими работниками. Неотъемлемым условием эффективного оздоровления является их активное включение на всех этапах жизненного цикла семьи с реализацией принципа преемственности поколений.

**Цукарева Е. А.**

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,  
Российская Федерация*

## **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИЩЕВОЙ ЦЕННОСТИ РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛАХ г. СМОЛЕНСКА**

**Актуальность.** Правильное питание имеет важное значение, как фактор, определяющий здоровье будущего поколения. Питание, тесно связано с обменом веществ, является одним из ключевых механизмов, определяющих темпы роста ребенка, его гармоничное развитие, устойчивость к неблагоприятным факторам внешней среды.

**Цель исследования.** Гигиеническая оценка пищевой ценности меню школьных завтраков и обедов в общеобразовательных школах города Смоленска.

**Пациенты и методы.** Объектом исследования были десятидневные меню-раскладки 5 общеобразовательных школ города Смоленска. Была выполнена сравнительная оценка качества питания учащихся на соответствие нормативным требованиям (СанПиН 2.4.5.2409-08) и нормам физиологических потребностей НФП (МР 2.3.1.2432-08). Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы Excel. Для количественных данных рассчитывали среднее значение (M) и стандартное отклонение (m).

**Результаты.** Анализ школьных завтраков и обедов выявил отсутствие повторений одних и тех же блюд в течение дня и последующих 2–3 дней, что соответствует СанПиН 2.4.5.2409-08. В меню представлены такие группы продуктов как, мясные, рыбные и яичные блюда, молочные продукты, хлебобулочные и кондитерские изделия, гарниры (овощные, крупяные, макаронные изделия). Ассортимент напитков включал чай, кисель, различные компоты. В школьном рационе недостаточно присутствовали кисломолочные продукты и свежие фрукты. При оценке энергетической ценности рационов установлено, что средняя калорийность школьного завтрака составила  $369,02 \pm 58,5$  ккал, что на 29,7% меньше НФП. Кроме этого, отмечался существенный дисбаланс по основным питательным веществам. Белки только на 80,1% ( $12,63 \pm 1,7$  г) удовлетворяли НФП, жиры и углеводы на 63,6% ( $11,13 \pm 3,6$  г) и 69,9% ( $53,3 \pm 10,9$  г) соответственно. Такая же тенденция отмечалась в отношении школьных обедов. Средняя калорийность обеда удовлетворяла потребность в энергии только на 76,2% от физиологической нормы и составила  $560 \pm 71,5$  ккал. Обеденное меню на 76,6% ( $16,9 \pm 2,63$  г) обеспечивало школьников белками, на 64,5% ( $15,82 \pm 2,38$  г) жирами и на 79,2% ( $84,5 \pm 12,6$  г) углеводами.

**Заключение.** Меню школьных завтраков и обедов явилось дефицитным, нерациональным и недостаточно сбалансированным. Результаты данного исследования диктуют необходимость разработки комплекса мероприятий по совершенствованию организованного питания в общеобразовательных школах нашего города.



**Ченцов Д. В.<sup>1</sup>, Смирнова В. И.<sup>1</sup>, Орел О. В.<sup>2</sup>, Силиди И. Ю.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Городской центр медицинской профилактики, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Детская городская поликлиника № 29, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

## **ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

**Актуальность.** В Российской Федерации в 2016 г. стартовал пилотный проект «Бережливая поликлиника». Проект направлен на внедрение принципов бережливого производства в целях повышения удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, эффективного использования ресурсов системы здравоохранения.

**Цель исследования.** Анализ внедрения бережливого производства в детских поликлиниках Санкт-Петербурга.

**Пациенты и методы.** За основу взят опыт детских поликлиник Санкт-Петербурга. Основными проблемами являлись: длительное ожидание в регистратуре, сложность записи на прием к врачу педиатру, отсутствие доступной навигации в поликлинике, длительное ожидание в очереди у кабинетов, длительные сроки прохождения профилактических осмотров. В рамках работы использовались инструменты бережливого производства, проводилось анкетирование персонала и родителей пациентов. Для каждой проблемы были выбраны индикаторы, которые отражали показатели текущего и целевого состояния процесса. Мониторинг и оценка процессов осуществлялись на протяжении всего периода реализации проекта.

**Результаты.** Проведенные мероприятия в среднем позволили сократить время ожидания у регистратуры в 4 раза, сократить время дозвона в регистратуру в четыре раза, сократить время ожидания пациентом приема врача у кабинета в восемь раз, сократить время записи на повторный прием к врачу в пять раз, увеличить время работы врача непосредственно с пациентами в 2 раза, сократить время прохождения профилактических осмотров детей в 1 мес и 12 мес до двух визитов.

**Заключение.** Таким образом, внедрение бережливого производства в детских поликлиниках позволяет обеспечить повышение производительности и эффективности персонала, сократить время ожидания услуг пациентом, повысить удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи.



**Чернышева Н. В., Молочный В. П., Копачевская К. А.**

*Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск,  
Российская Федерация*

## **ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ**

**Актуальность.** Важным показателем состояния здоровья детей является уровень заболеваемости. На территории Хабаровского края (ХК) на высокую заболеваемость дополнительное негативное воздействие оказывают климатические условия с высоким разбросом среднегодовых температур, загрязнение окружающей среды и др.

**Цель исследования.** С целью оптимизации мероприятий профилактической направленности изучена динамика и структура заболеваемости детского и подросткового населения ХК.

**Пациенты и методы.** Проведено медико-статистическое исследование динамики первичной заболеваемости детского и подросткового населения Хабаровского края 0–17 лет за 2014–2018 гг. Проведен анализ показателей сборников статистических материалов Министерства здравоохранения Хабаровского края и МИАЦ за 2014–2018 гг. Сравнивались показатели, рассчитанные на 100 тыс. населения соответствующего возраста в соответствующий период времени.

**Результаты.** Первичная заболеваемость детей 0–14 лет в 1,4 раза превышает первичную заболеваемость подростков 15–17 лет. Первичная заболеваемость детского населения ХК в 2014–2018 гг. составила 179 532,16 на 100 тыс. детского населения. Абсолютная убыль была -9455,1 на 100 тыс. детского населения, темп убыли -5,1%. Первичная заболеваемость подросткового населения ХК за период 2014–2018 гг. составила 129 152,98 на 100 тыс. подросткового населения. Абсолютная убыль составила -8882,8 на 100 тыс. подросткового населения, темп убыли -6,4%. Первичная заболеваемость детей в 2018 г. относительно предыдущего года снизилась на 1,4%, составив 175 985,0 (2017 г. — 178 411,8) на 100 тыс. детского населения, а подростков выросла на 6,3%, составив 129 104,2 (2017 г. — 121 410,3) на 100 тыс. подросткового населения. В структуре первичной заболеваемости детей за 2018 г. преобладали болезни органов дыхания (71%), травмы и отравления (9%), а также инфекционные болезни (5%). При анализе структуры первичной заболеваемости подростков 15–17 лет в 2018 г. лидирующие позиции заняли болезни органов дыхания (46%), травмы и отравления (17%) и болезни кожи и подкожной клетчатки (7%). Первичная заболеваемость среди детского и подросткового населения районов края по данным за 2017–2018 гг. неоднородна. Таким образом, наметилась положительная динамика, но показатели первичной заболеваемости детей и подростков остаются высокими.

**Заключение.** Сложившаяся ситуация требует активного выявления патологии среди детей и подростков Хабаровского края, изучения их структуры, потребности диспансеризации с целью предупреждения развития заболеваний, ранней диагностики и лечения.

**Чичерин Л. П., Михальская Е. В.**

*Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

## **ЕСТЬ ЛИ БУДУЩЕЕ У ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК?**

**Актуальность.** Медико-социальная помощь (МСП) — эффективный метод внедрения принципов социальной педиатрии. Ее организация в условиях нарастающего числа влияющих на организм ребенка/подростка риск-факторов среды, социальное положение семей с детьми нуждается в оценке реалий службы, перспектив развития.

**Цель исследования.** Изучить правовое и методическое обеспечение, опыт организации в России МСП детям, семье на амбулаторно-поликлиническом этапе педиатрической службы.

**Пациенты и методы.** Изучаемые явления: состояние здоровья; основные медико-социальные потребности детей и подростков России 0–17 лет, проблемы и социальное положение семей с детьми; осуществление межсекторального сотрудничества с акцентом на профилактические мероприятия; реализация специфических вызовов семей с детьми. Объект выборочного исследования: детские поликлиники страны. Использованы традиционные методы социально-гигиенического и медико-организационного исследования: аналитический; статистический; исторического экскурса; анализа, изучения и обобщения накопленного территориями и медицинскими организациями опыта работы по данной проблеме и пр.

**Результаты.** Технология передачи подростков 15–17 лет из общелечебной сети в детские поликлиники, создание отделений/кабинетов медико-социальной помощи — МСП впервые были предусмотрены подготовленным рабочей группой МЗ РФ при нашем участии приказом ведомства от 5 мая 1999 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста». Среди задач подразделения — оказание социально-правовой, медико-психологической помощи; наблюдение за репродуктивным здоровьем; медицинское обеспечение профессионального консультирования и ориентации; подготовка призыва юношей на военную службу и др. Но в последующих приказах МЗ РФ эти функции постепенно сокращались. Рекомендуемыми же штатными нормативами (приказ 07.03.2018 г. № 92н) специалисты как основа отделений МСП — юрисконсульт, медицинский психолог, социальный работник — вводятся лишь «по требованию», хотя ныне в их консультациях и наблюдении подрастающее поколение и семьи с детьми испытывают особую необходимость. Между тем, как свидетельствует опыт ряда субъектов (г. Санкт-Петербург, Республика Татарстан, Республика Башкортостан и другие), на местах сегодня вполне реально организовать эффективно функционирующие отделения МСП.

**Заключение.** Рекомендуется МЗ РФ осуществлять на территориях мониторинг отделений/кабинетов МСП детских поликлиник, их кадрового обеспечения; пересмотреть штатные нормативы этих подразделений по обновленной, 2019 г. методике расчета потребности в кадрах; усовершенствовать учебные программы вузов по разделу.

Чолоян С. Б.<sup>1</sup>, Павловская О. Г.<sup>1</sup>, Трикоменас Н. Н.<sup>2</sup>, Екимов А. К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Российская Федерация

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница, Оренбург, Российская Федерация

## **АНАЛИЗ СЕМИДНЕВНОГО ГРАФИКА РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

**Актуальность.** С целью повышения доступности и качества первичной медико-санитарной помощи детям сегодня необходимо использовать новые организационные технологии.

**Цель исследования.** Провести анализ первого года деятельности детских поликлиник больницы в условиях семидневной работы.

**Пациенты и методы.** Проанализированы все случаи оказания медицинской помощи в ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга (ДГКБ) с момента перехода работы поликлиник на семидневный график работы (с декабря 2018 г. по декабрь 2019 г.). Показатели выбраны из медицинской информационной системы ДГКБ. Применены аналитический и статистический методы исследования.

**Результаты.** Проведен перевод на семидневный график работы участковой педиатрической службы; специализированной службы (врачей-специалистов, отделений медицинской реабилитации, клиничко-диагностической лаборатории, кабинетов функциональной, ультразвуковой и лучевой диагностики); профилактических осмотров несовершеннолетних. Установлено, что если в будние дни недели доля посещений врачей ДГКБ составляла 16,5–20,5%, то в субботу она снижалась до 5,7%, а в воскресенье до 3,9%. Наибольшая загруженность врачей в субботу и в воскресенье наблюдается в ноябре (10,6 и 9,6% соответственно), а наименьшая загруженность субботы и в воскресенье наблюдается в мае и июле (7,6 и 7,4% соответственно). Однако линии тренда указывают, что в целом загруженность субботы и воскресенье остается неизменной в течение года. Мониторинг удовлетворенности населения медицинской помощью за 2019 г. в ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга (в % от числа опрошенных) в среднем за год составил 91,0.

**Заключение.** Таким образом, полученные данные позволяют рекомендовать использовать переход на семидневный график работы детских поликлиник для повышения качества и доступности медицинской помощи и уменьшения потери доходов при медицинской деятельности.

**Чолоян С. Б.<sup>1</sup>, Павловская О. Г.<sup>1</sup>, Трикоменас Н. Н.<sup>2</sup>, Екимов А. К.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Детская городская клиническая больница, Оренбург, Российская Федерация*

## **АНАЛИЗ КРУГЛОСУТОЧНОЙ РАБОТЫ СЛУЖБЫ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

**Актуальность.** Согласно ст. 32 Федерального закона от 21.11.2011 3 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», неотложная помощь — это «медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента».

**Цель исследования.** Провести анализ первого года работы круглосуточной службы неотложной медицинской помощи на базе детской поликлиники.

**Пациенты и методы.** Проанализированы 6933 случая оказания неотложной медицинской помощи (НП) в ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга (ДГКБ) в 2019 г. Показатели выбраны из медицинской информационной системы (МИС) ДГКБ. Применены аналитический и статистический методы исследования.

**Результаты.** С декабря 2018 по декабрь 2019 г. обслужено 6933 вызова НП, из них 10% передано со скорой медицинской помощи (СМП). В эпидемический сезон за сутки обслуживалось 70–100 вызовов, из них 20 вызовов со СМП. Максимальное количество вызовов НП приходится на детей первого года жизни (30,5%). По дням недели самый востребованный — понедельник (23,6%), минимальное число вызовов — в воскресенье (3%). Пиком потребности в НП по времени суток — 8 ч (44%). На дополнительное время круглосуточной работы (с 17.00 до 8.00) приходится 8% вызовов. Экономический эффект круглосуточной работы НП составил 5,1 млн рублей. Механизм взаимодействия службы НП и работы участковых врачей-педиатров стал одной из составляющих в комплексе мер снижения младенческой смертности детей, прикрепленных к ДГКБ, так если в 2017 г. она была 1,94 случая на 1000 родившихся живыми, то в 2018 г. 0,77‰.

**Заключение.** Таким образом, полученные данные позволяют рекомендовать использовать круглосуточную службу НП на базе детской поликлиники для повышения качества и доступности медицинской помощи детям, а также в целях снижения младенческой смертности среди прикрепленного населения.

Чолоян С. Б.<sup>1</sup>, Павловская О. Г.<sup>1</sup>, Трикоменас Н. Н.<sup>2</sup>, Екимов А. К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Российская Федерация

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница, Оренбург, Российская Федерация

## ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ОМС МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

**Актуальность.** Работа медицинской организации (МО) в системе ОМС является главным источником финансовых поступлений формирующих доходную часть МО и дающая до 90–93% доходов в год. Основными инструментами в работе по повышению качества медицинского обслуживания населения являются плановые и внеплановые проверки работниками страховых медицинских организаций (СМО) всех составляющих профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов.

**Цель исследования.** Провести анализ причин, по которым не принята оплата по законченным случаям оказания медицинской помощи, выявить направления улучшения работы.

**Пациенты и методы.** Проанализированы 427 987 законченных случаев оказания медицинской помощи в ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга (ДГКБ) в 2019 г. Показатели выбраны из медицинской информационной системы (МИС) ДГКБ. Применены аналитический и статистический методы исследования.

**Результаты.** За 2019 г. были выявлены 1416 случаев, которые не были приняты к оплате. Нами проведена предварительная оценка случаев, имевших несоответствия с правилами оплаты в системе ОМС. Подразделения ДГКБ по доли случаев, в которых имелись несоответствия с правилами оплаты в системе ОМС распределились следующим образом: поликлиники — 0,3%, стоматология — 0,9%, стационар — 0,3%.

Виды нарушений в случаях, неоплаченных на основании медико-экономического контроля: связанные с оформлением счетов на оплату 24,8%; связанные с несоответствием тарифу 8,4%; необоснованное включение случая в оплату 66,8%.

Далее сотрудниками проводилась работа по удалению ошибок с использованием МИС, в которую внесены клинические рекомендации, стандарты и протоколы лечения, МКБ-10, тарифы на оплату медицинской помощи, тарифное соглашение, территориальная программ, территориальная программа обязательного медицинского страхования и другие документы ОМС.

Затем проведена итоговая оценка случаев лечения пациентов, поданная к оплате в системе ОМС по подразделениям ДГКБ и доли случаев, которые были приняты к оплате после повторной проверки от числа случаев в первоначально выставленных счетах: поликлиники достигли 99,4%, стоматология — 99,7%, стационар — 99,4%.

Наибольшие расхождения между параметрами в выставленных и оплаченных счетах наблюдались в стоматологической службе. Это объясняется несовершенным механизмом описания стоматологических медицинских услуг, оплачиваемых в системе ОМС.

**Заключение.** Таким образом, полученные данные позволяют рекомендовать использовать МИС МО для обращения сотрудников за сведениями о правильности информационного обмена в системе ОМС и уменьшить потери доходов МО при медицинской деятельности.

**Чудакова Т. К., Кандрина А. М., Грищенко А. А.**

*Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского,  
Саратов, Российская Федерация*

## **ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ г. САРАТОВА В 2018 ГОДУ**

**Актуальность.** Острые респираторные инфекции (ОРИ) занимают первое место в структуре инфекционной патологии у детей.

**Цель исследования.** Изучить этиологическую структуру ОРИ у госпитализированных больных г. Саратова в 2018 г.

**Пациенты и методы.** Изучены 4464 медицинских карт больных ОРИ детей в возрасте от 3 мес до 14 лет, госпитализированных в ГУЗ «5 ДИКБ» г. Саратова в 2018 г. Лабораторную расшифровку этиологии ОРИ проводили методами ПЦР и иммунохроматографии носоглоточных смывов, ИФА крови.

**Результаты.** В 2018 г. в ГУЗ «5 ДИКБ» г. Саратова госпитализировано 4464 детей с ОРИ. Диагноз Грипп установлен у 393 (8,8%) больных ОРИ. У больных гриппом чаще был выделен вирус гриппа А (H1N1/09) pd — в 71,9% случаев, грипп А (H3N2) — 17,9%, грипп А несубтипированный — 9,1%, грипп В — 1,1%. В 87% случаев грипп протекал в среднетяжелой форме, тяжелая форма отмечена в 13% случаев. Поражение нижних дыхательных путей выявлено у 282 (71,7%) больных гриппом: пневмония — у 48 (12,2%), бронхит — у 234 (59,4%) детей. Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (РСВИ) диагностирована у 1749 (39,2%) больных ОРИ, аденовирусная инфекция — у 14,2%, риновирусная инфекция — у 10,5%, парагрипп — 6%, бокавирусная инфекция — 5,8%, метапневмовирусная инфекция — 3,9%, короновирусная инфекция — 0,8%, респираторная микст-инфекция — 0,8%. Поражение нижних дыхательных путей у больных ОРИ негриппозной этиологии было установлено в 1040 (25,5%) случаев: пневмония — в 582 (14,3%), бронхит — 458 (11,2%).

**Заключение.** В 2018 г. у госпитализированных больных г. Саратова преобладали ОРИ негриппозной этиологии, среди которых доминировала РСВИ, грипп выявлен у 8,8% больных. Поражение нижних дыхательных путей у больных гриппом встречалось в 2,8 раза чаще, чем при ОРИ негриппозной этиологии.

**Шаповалов К. А.<sup>1,2</sup>, Каракозова Н. Г.<sup>1</sup>, Петрова И. В.<sup>1</sup>, Канева Л. Н.<sup>1</sup>,  
Смирнова Т. В.<sup>1</sup>, Озерова И. В.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Сыктывкарская детская поликлиника № 3, Сыктывкар, Республика Коми,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> Коми республиканский институт развития образования, Сыктывкар,  
Республика Коми, Российская Федерация

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ВНУТРЕННЕЙ ЭКСПЕРТИЗЫ АМБУЛАТОРНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ**

**Актуальность.** Контроль исполнения норм правовых документов медицинскими работниками при оказании паллиативной помощи больному ребенку, имеющему ограниченный срок жизни вследствие неизлечимого заболевания, направлен на улучшение качества жизни ребенка с тяжелыми хроническими заболеваниями.

**Цель исследования.** Анализ эффективности разработанного методического подхода к экспертизе амбулаторного сопровождения паллиативного больного.

**Пациенты и методы.** СДП № 3 мощностью 1093 посещения в смену обслуживает 42762 ребенка. Под наблюдением находится 27 детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (коэффициент частоты на 10000 детского населения — 6,31), в том числе с заболеваниями: онкологическими — 6 (к. ч. — 1,40); неврологическими — 19 (к. ч. — 4,44); прочими — 2 (к. ч. — 0,47). Количество отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи — 3, патронажных бригад — 3. Число амбулаторных посещений в 2019 г. (01.10.) с паллиативной целью к врачам специалистам и среднему медицинскому персоналу любых специальностей — 102, из них на дому — 97. Методы: аналитический и сравнения.

**Результаты.** Ежегодно в методическом кабинете СДП № 3 проводится внутренняя экспертиза амбулаторного обеспечения пациентов данной категории по разработанной Карте экспертизы амбулаторного сопровождения паллиативного больного. Она включает следующие формализованные данные: Дата экспертизы; Ф.И.О.; Дата рождения; Организованность; Номер участка; Домашний адрес; Диагноз; Дата следующего переосвидетельствования. Результаты экспертизы представлены в виде таблицы. Горизонтальные столбцы включают следующие показатели: Параметры; Выполнение (выполнено/не выполнено); Необходим доработки и Отметку о выполнении замечаний. Левый вертикальный столбец: Наличие в амбулаторной карте ксерксов свидетельств о рождении, медицинском страховании, СНИЛС, справки МСЭ; Наличие информированного согласия официальных представителей пациента; Эпикриз годовой; Наблюдение участкового педиатра 1 раз в месяц (статистический талон); Наблюдение участковой медицинской сестры (1 раз в месяц); Антропометрия 1 раз в год; Консультация профильного заведующего отделением 1 раз в год (очная); Осмотр специалистов 1 раз в год (окулист, лор, невролог, ЭКГ, кардиолог, хирург, ортопед, эндокринолог), другие — по показаниям.

**Заключение.** Разработанная в учреждении Карта экспертизы амбулаторного сопровождения паллиативного больного является удобным и эффективным статистическим инструментом контроля исполнения участковыми педиатрами нормативных критериев правовых документов обеспечения качества оказания паллиативной помощи детям.



**Шаповалов К. А.<sup>1,2</sup>, Шаповалова Л. А.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Коми республиканский институт развития образования, Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

<sup>2</sup> Сыктывкарская детская поликлиника № 3, Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

## **ОСОБЕННОСТИ ДИДАКТИКИ УЧЕБНОЙ ТЕМЫ «ТЕРРОРИЗМ» В ДЕТСКОЙ, ПОДРОСТКОВОЙ И ЮНОШЕСКОЙ АУДИТОРИИ**

**Актуальность.** Терроризм принимает все более изощренные формы, используя весь современный научный и военный потенциал. Дети представляют собой особую категорию слушателей. Не находя объяснений страшному событию, они могут бравировать храбрость, испытывать панический страх или впадать в депрессию.

**Цель исследования.** Выделить особенности дидактических приемов при обсуждении темы «Терроризм» в детской аудитории. Обучить алгоритму действий при террористических актах.

**Пациенты и методы.** При чтении лекции или беседе следует избегать: запугивания; яркой эффективности (масштабности терактов); фиксации натуралистических деталей и фатальных случайностей. Нельзя: невольно обучать технике террора; информировать о технических средствах; подчеркивать изощренность и безнаказанность организаторов; обращать внимание на ложные предупреждения о подготовке теракта. Рекомендуется: обучить действиям при обнаружении бесхозных предметов в общественном транспорте; регулировать поведение в школе; побуждать к проявлениям бдительности и наблюдательности. Необходимо четко определиться с вопросами: «В чем задача обучения?» и «Чего нужно добиться?»

**Результаты.** Дети чаще взрослых имеют возможность стать объектом теракта — об этом надо прямо сказать на уроке: «Вы можете стать случайной жертвой, заложниками, средством шантажа, жертвой собственной беспечности, любопытства и необдуманных поступков». Необходимо объяснить суть опасности и обучить подростков правильным действиям, что абсолютной целью и мерой всех вещей является человек, личность. В детской и подростковой аудитории не следует сообщать: 1. В младших классах — о том, что террористы отравляют воду, продукты питания, заражают животных и насекомых, планируют взрывы жилых домов, нападения на АЭС и т. п. 2. В старших классах — о том, что по прогнозам экспертов, количество террористических актов в мире будет расти, т. к. научно-техническое развитие облегчает совершение преступлений, вплоть до применения ядерных зарядов, происходит расширение и использование дистанционно управляемых мин и ракет, индивидуальных средств противовоздушной обороны (ПВО) и противотанковых управляемых ракет (ПТУР). 3. Не стоит привлекать внимания школьников к проблеме возрастающей зависимости государства от электронных баз данных, анализа, хранения, передачи информации и появления компьютерного терроризма.

**Заключение.** Освещать в учебном учреждении борьбу с терроризмом как особую опасность следует при помощи комплексного подхода, сочетая рассмотрение вопросов антитеррористической и противодиверсионной опасности в смежных разделах курса ОБЖ и других дисциплин, а также на внеаудиторных мероприятиях.

**Шаповалов К. А.<sup>1,2</sup>, Шаповалова Л. А.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Коми республиканский институт развития образования, Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

<sup>2</sup> Сыктывкарская детская поликлиника № 3, Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

## **ОСНОВЫ ДИДАКТИКИ УЧЕБНОЙ ТЕМЫ «ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ НА ВОДЕ И УТОПЛЕНИИ» В ШКОЛЬНОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ АУДИТОРИИ**

**Актуальность.** Каждое лето на водоемах Республики Коми и России происходят утопления детей и подростков. Жертвами могут стать рыбаки, любители покататься на лодке или просто поплавать в быстрой реке, а также маленькие дети, отдыхающие на пляже без присмотра взрослых. Необходимо рассмотреть действия спасателей.

**Цель исследования.** Выделить дидактические приемы для обучения приемам оказания первой помощи (ПП) при утоплении, выделить факторы риска. Научить детей навыкам ПП.

**Пациенты и методы.** Дидактика. Утопление — вид механической асфиксии (удушья), при котором происходит закрытие дыхательных путей любой жидкостью при случайном или преднамеренном в нее погружении. При утоплении воздух не поступает в легкие, поэтому возникает удушье. Вследствие кислородного голодания головного мозга человек теряет сознание, наступает смерть. Утопления бывают разных видов. При работе в детской и подростковой аудитории необходимо выделить 4 типа утопления: 1) «синий»; 2) «белый»; 3) синкопальный или «обморочный»; 4) «смерть на воде», и дать им подробную характеристику.

**Результаты.** Обратит внимание, что смешанная асфиксия сочетает, как правило, первые два вида утоплений. Подчеркнуть различия при утоплении речной и морской воде. При оказании ПП важно: 1) оценить ситуацию и возможности спасающего, привлечь внимание окружающих; 2) правильно к утопающему лучше всего сзади, чтобы пострадавший не мог хвататься за спасающего руками и мешать его действиям. Утопающего необходимо перевернуть на спину таким образом, чтобы его лицо находилось на поверхности воды. Когда пострадавший на берегу, у него нет сознания, нет дыхания и нет пульса, то нужно немедленно приступить к проведению сердечно-легочной реанимации. Порядок действий таков: 1) Осмотреть пострадавшего. Проверить реакцию пострадавшего на громкий оклик «Что с Вами?» и дважды встряхнуть его за плечи; 2) Если реакции на оклик и механические раздражители нет — привлечь внимание окружающих. Запрокинуть голову пострадавшего и в течение 10 сек оценить нарушение жизненно важных функций у пострадавшего — кашель, самостоятельное дыхание, сердцебиение, способность осознанно двигаться; 3) при их обнаружении придать пострадавшему стабильное боковое положение; 4) начать реанимационные мероприятия.

**Заключение.** Факторами риска утопления детей являются: 1) купание при отсутствии умений держаться на воде и (или) плавать; 2) неправильная организация массового купания детей или ее полное отсутствие; 3) заплыв за ограждающие зону купания буйки; 4) самостоятельное купание малолетних детей без контроля взрослых.

**Шаповалов К. А.<sup>1,2</sup>, Шаповалова Л. А.<sup>1</sup>, Забоева М. В.<sup>2</sup>, Чичерова О. П.<sup>2</sup>,  
Клочкова М. С.<sup>2</sup>, Нелипович Н. М.<sup>2</sup>, Сaitова О. Ю.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Коми республиканский институт развития образования, Сыктывкар,  
Республика Коми, Российская Федерация

<sup>2</sup> Сыктывкарская детская поликлиника № 3, Сыктывкар, Республика Коми,  
Российская Федерация

## **РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ НОРМАТИВОВ ВСЕРОССИЙСКОГО ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОГО КОМПЛЕКСА «ГОТОВ К ТРУДУ И ОБОРОНЕ» В ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА СУБАРКТИЧЕСКОЙ ТЕРРИТОРИИ В 2016–2019 гг.**

**Актуальность.** Медицинское сопровождение выполнения нормативов физкультурно-спортивного комплексов осуществляется на основании установленных нормативно-правовых документов.

**Цель исследования.** Оценить результаты медицинского сопровождения сдачи нормативов ВФСК ГТО детьми, обратившихся «СДП № 3» в 2016–2019 гг.

**Пациенты и методы.** Допуск к выполнению нормативов учащихся образовательных учреждений дошкольного и общего среднего образования осуществляется на основе отнесения ребенка к основной медицинской группе для занятий физической культурой врачами-педиатрами медицинских организаций. За 4 года обратилось для освидетельствования 1029 детей, из них допущено к сдаче спортивных нормативов 1003 человек ( $97,52 \pm 0,30\%$ ), соответственно по годам 2016 — 23 ( $95,83 \pm 4,08\%$ ), 2017 — 491 ( $96,84 \pm 0,78\%$ ), 2018 — 273 ( $98,91 \pm 0,62\%$ ), в среднем 257 человек за год. Целью осмотра врача по спортивной медицине является определение возможного прохождения тестирования в соответствующей группе.

**Результаты.** В структуре допущенных преобладали дети 13–15 лет (31,00%) и 11–12 лет (25,41%) над другими возрастными группами 9–10 лет (19,95%), 16–17 лет (12,58%) и 6–8 лет (11,06%). Частота обращений для освидетельствования составила 60,66 человек на 10 000 детского населения. Из осмотренных за 4 года детей и подростков основная медицинская группа для занятий физической культурой устанавливалась  $87,73 \pm 1,15\%$  освидетельствованных, подготовительная —  $10,78 \pm 1,09\%$ , из них допускались к сдаче спортивных нормативов —  $9,79 \pm 1,05\%$ , и специальная медицинская группа определялась  $1,49 \pm 0,43\%$  детей и подростков (все  $p < 0,001$ ). Среднегодовой количественный показатель обратившихся для освидетельствования к сдаче норм ВФСК ГТО является статистическим инструментом для определения текущей и перспективной нагрузки медицинского персонала и определения сил и средств медицинского обеспечения. Частоту осмотренных на 10 000 детского населения необходимо рассматривать как косвенный маркер оценки физического развития детей и подростков, поскольку она есть не результат сплошного, а только выборочного (по желанию обратившихся) исследования.

**Заключение.** К добровольной сдаче норм ВФСК ГТО детьми и подростками следует подходить как к показателю физической готовности и высокой личной самооценки, включающую психологическую готовность и психологическую зрелость.

**Шапошникова А. Ф.**

*Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков  
им. Г. Е. Сухаревой, Москва, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ ВИТАМИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**Актуальность.** Расстройства аутистического спектра на современном этапе уже нельзя рассматривать только с точки зрения психиатрии. Соматическое благополучие данной группы пациентов оказывает значительное влияние на психическое состояние.

**Цель исследования.** Исследовать вероятность дефицита витамина D, B<sub>12</sub> и фолиевой кислоты у детей с расстройствами аутистического спектра.

**Пациенты и методы.** Исследовано 50 пациентов, диагноз «аутизм» верифицирован по методике ADOS; проведена лабораторная диагностика содержания витаминов D, B<sub>12</sub>, фолиевой кислоты в крови.

**Результаты.** У 85,7% детей с расстройствами аутистического спектра выявлен дефицит витамина D, значимого дефицита B<sub>12</sub> и фолиевой кислоты не выявлено.

**Заключение.** В стандарты обследования и лечения детей с расстройствами аутистического спектра целесообразно ввести анализ крови на содержание витамина D, и препараты витамина D с целью коррекции дефицитарного состояния.

**Шарипов А. М., Файзахметова Ф. О. кизи**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

## **СТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛОЙ IgA-НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ**

**Цель исследования.** Сравнение методов стероидной терапии тяжелой IgA нефропатии у детей.

**Пациенты и методы.** В нашем исследовании сравнивали результаты лечения 18 детей с впервые выявленной IgAN с диффузной мезангиальной пролиферацией комбинацией преднизолона, азатиоприна и дипиридамола с 18 детьми с таким же диагнозом, которые получили лечение только с преднизолоном. Пациенты были случайно распределены для лечения комбинацией препаратов или только преднизолоном на 2 года.

**Результаты.** Первичной конечной целью от лечения было исчезновение протеинурии, определяемой как экскреция белка с мочой  $< 0,1 \text{ г/м}^2$  в сут, а вторичной конечным целью была экскреция белка с мочой в конце лечения, изменение процента склерозированных клубочков во время биопсии и побочные эффекты препаратов. Обе исследуемые группы были схожи по базовым характеристикам. Все из 18 пациентов, получавших комбинированное лечение, и 17 из 18, получавшие преднизолон, завершили исследование. 16 (88%) из 18 пациентов, получавших комбинированное лечение, и 14 (77%) из 18, получавших только преднизолон, достигли первичной конечной цели к моменту 2-летнего наблюдения ( $p = 0,007$ ). Процент склерозированных клубочков не изменился у пациентов, получавших комбинацию, но увеличился с  $3,1 \pm 4,8$  до  $14,6 \pm 15,2\%$  в группе преднизолона ( $p = 0,0003$ ). Частота побочных эффектов была одинаковой в обеих группах. Разница в частоте исчезновения протеинурии между группами в конце 2-летнего периода лечения составила 17,9% (95% ДИ 1,8–34,0%).

**Заключение.** Лечение детей с тяжелой формой IgAN только преднизолоном в течение 2 лет уменьшает тяжесть поражения почек, но не предотвращает усиление клубочкового склероза. Поэтому комбинированное лечение в течение 2 лет на ранних стадиях заболевания эффективнее, чем только монотерапия преднизолоном.

**Шатохина Н. С., Бойков С. А., Асекретова Т. В., Корхмазова С. А.,  
Мурашкина О. Е.**

*Детская краевая клиническая больница, Краснодар, Российская Федерация*

## **НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ С СИНДРОМОМ КОРНЕЛИИ ДЕ ЛАНГЕ**

**Актуальность.** Синдром Корнелии де Ланге (CdLS) (синдром Брахмана–Ланге, амстердамская карликовость; коды OMIM: 122470, 300590, 300882, 610759, 614701, МКБ-10: Q87.1) представляет собой редкое генетически гетерогенное заболевание, наследуемое по аутосомно-доминантному (NIPBL, SMC3 или RAD21) или X-сцепленному (SMC1).

**Цель исследования.** Оценка степени поражения иммунной системы, проведении возможной коррекции выявленных нарушений и оценке эффективности проведенной терапии.

**Пациенты и методы.** В клинике в течение 3 лет наблюдалось 5 пациентов в возрасте от 1 мес до 3 лет с клиническим диагнозом синдрома Корнелии де Ланге. Фенотип детей соответствовал синдрому, всем проведена оценка иммунного статуса.

**Результаты.** У всех детей, помимо врожденных аномалий развития органов и систем, 2 случая ВПС, 3 — поликистоза почек, 1 случай врожденной диафрагмальной грыжи, диагностирован синдром мальабсорбции на фоне энтероколитов тяжелой степени, в иммунном статусе выявлено резкое снижение содержания IgG (0,4–1,5 г/л), умеренное снижение IgA при нормальном содержании IgM, что потребовало проведение заместительной терапии внутривенным иммуноглобулином G. Использовался поликлональный внутривенный иммуноглобулин G (Октагам 10%). В 2 случаях удалось нормализовать содержание IgG после 2 инфузий интервалом 1 мес, у 3 пациентов коррекция проводилась 4 раза с интервалом 1–2 мес. Все эпизоды снижения общего IgG сопровождалось обострением энтероколита, при нормализации иммунного статуса срок купирования энтероколита сокращался в 3 раза. Нежелательных эффектов при использовании Октагам 10% не установлено. По достижению нормальных показателей IgG эпизодом энтероколита не было отмечено.

**Заключение.** Наше наблюдение выявило высокую частоту дефицита IgG, сочетающуюся с явлениями мальабсорбции у пациентов с CdLS, что указывает на необходимость скрининга и лечения иммунодефицита у данной категории больных, с возможным продолжением изучения иммунного статуса, включая определение TREC/CREC.

**Шахова Н. В.**

*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул,  
Российская Федерация*

## **СЫВОРОТОЧНЫЙ ПЕРИОСТИН — БИОМАРКЕР БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Диагностика бронхиальной астмы (БА) у детей дошкольного возраста трудна в связи с ограниченной возможностью исследования функции внешнего дыхания. В этих условиях актуален поиск диагностических маркеров БА, определение которых не потребует активного участия ребенка.

**Цель исследования.** Изучить уровень сывороточного периостина при БА у детей дошкольного возраста.

**Пациенты и методы.** В одномоментное исследование включали детей в возрасте 3–6 лет с БА и здоровых сверстников. Определяли уровень сывороточного периостина методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA). Для изучения диагностической ценности сывороточного периостина использовали ROC-анализ.

**Результаты.** У детей с БА ( $n = 56$ ) в сравнении с группой здоровых ( $n = 29$ ) отмечены более высокие уровни сывороточного периостина (медиана и квартили) — 5,7 (3,4; 8,0) и 2,7 (1,7; 3,6) нг/мл ( $p < 0,001$ ). Площадь под ROC-кривой (AUC) для сывороточного периостина составила 0,81 (95% ДИ 0,73–0,89).

**Заключение.** Уровень сывороточного периостина у детей дошкольного возраста с БА выше, чем у их здоровых сверстников. Диагностическая ценность сывороточного периостина при БА находится в диапазоне от средней до хорошей.



**Шахова Н. В.**

*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул,  
Российская Федерация*

## **УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНОГО ПЕРИОСТИНА У ДЕТЕЙ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ПРЕДИКТИВНЫМ ИНДЕКСОМ АСТМЫ И У ИХ ЗДОРОВЫХ СВЕРСТНИКОВ**

**Актуальность.** Актуален поиск биомаркеров — предикторов развития бронхиальной астмы (БА) у детей с повторными эпизодами бронхообструктивного синдрома (БОС). В качестве нового биомаркера-предиктора развития БА у детей изучается сывороточный периостин.

**Цель исследования.** Изучить уровень сывороточного периостина у детей с повторным БОС с положительным и отрицательным индексом астмы (Asthma Predictive Index, API).

**Пациенты и методы.** Проведено одномоментное исследование уровня сывороточного периостина у детей 3–4 лет в трех независимых выборках: I выборка — дети с повторными эпизодами БОС и положительным индексом API; II выборка — дети с повторными эпизодами БОС и отрицательным индексом API; III выборка — здоровые дети. В исследовании принял участие 101 ребенок: 72 — с повторными эпизодами БОС (более 3 эпизодов за прошедшие 12 мес), 29 — здоровые дети контрольной группы. Из 72 детей с повторными эпизодами БОС у 39 был положительный индекс API, у 33 — отрицательный.

**Результаты.** Статистически значимые различия в уровне сывороточного периостина между тремя сравниваемыми группами не выявлены. Уровень сывороточного периостина составил 2,5 (1,8; 4,0) нг/мл у детей с положительным индексом API, 3,2 (1,9; 4,0) нг/мл — с отрицательным, 2,7 (1,7; 3,6) нг/мл — у здоровых. Площадь под ROC-кривой для сывороточного периостина — 0,56.

**Заключение.** Уровень сывороточного периостина у детей с повторными эпизодами БОС с положительным и отрицательным индексом API сопоставим с уровнем у здоровых сверстников. Таким образом, полученные данные не позволяют рассматривать сывороточный периостин как потенциальный биомаркер-предиктор развития БА.

**Шашель В. А., Бишенова А. А.**

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,  
Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Социально-экономические изменения, происходящие в нашей стране, негативно сказались на качестве питания детей. Это способствовало высокой распространенности у них болезней желудочно-кишечного тракта, анемий. Поэтому правильно организованное питание в школе и дома является актуальной проблемой.

**Цель исследования.** Провести анализ рациона питания школьников городской школы города Краснодара.

**Пациенты и методы.** Было проведено анкетирование и интервьюирование 1340 школьников в одной из городских школ города Краснодара.

**Результаты.** При анализе анкет обследуемых детей было выявлено низкий уровень потребления мяса и мясопродуктов (63,4%), молока и молочных продуктов (58,2%), рыбы и рыбопродуктов (31,3%). Такое питание сопровождается дефицитом белка животного происхождения, полиненасыщенных жирных кислот, витаминов, микронутриентов (в частности, витамина С (у 63,5% обследованных детей), а также витаминов А, группы В, бета-каротина, железа, кальция (у 25,7% детей), йода (у 78% детей), пищевых волокон. В рационе детей в основном преобладали хлеб и хлебобулочные изделия (89,2%), картофеля (77%), сахара (87,1%).

**Заключение.** Нарушение питания, как количественное, так и качественное, негативно сказывается на здоровье детей в целом и формирует высокий риск развития алиментарнозависимых заболеваний. В связи с этим контроль обеспеченности детей эссенциальными нутриентами является важнейшей задачей родителей и педиатра.

**Шашель В. А., Бишенова А. А.**

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,  
Российская Федерация*

## **ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

**Актуальность.** По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2001), в мире 1,8 млрд человек страдает железодефицитной анемией (ЖДА). Распространенность ЖДА у детей в России и развитых европейских странах составляет около 50% — у детей младшего возраста, более 20% — у детей старшего возраста.

**Цель исследования.** Изучить влияние факторов риска на развитие ЖДА у детей первого года жизни.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ 155 амбулаторных карт детей в возрасте 1 года, обслуживаемых КГБУЗ «Детская поликлиника № 3» г. Краснодара. Диагноз ЖДА определялся по анализу крови на геманализаторе (гемоглобин, эритроциты, цветовой показатель).

**Результаты.** Из 155 обследованных детей у 112 были выявлены факторы риска развития ЖДА. Из пренатальных факторов чаще всего отмечались хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) (54%), анемия во время беременности (27%), оперативные роды (18%), недоношенность (12%), многоплодная беременность (9%). Из постнатальных факторов наиболее значимые были ранний перевод на искусственное вскармливание (31%), признаки внутриутробной гипотрофии (15%), использование неадаптированных смесей (11%). В 87% случаев определялась анемия легкой степени тяжести, которая корректировалась железосодержащими препаратами.

**Заключение.** Наиболее значимыми факторами риска развития ЖДА у детей первого года жизни является ХФПН, анемия во время беременности, ранний перевод на искусственное вскармливание. Своевременное назначение специфической профилактики анемии снижает возможность реализации риска по анемии у детей первого года жизни.

**Шимченко Е. В., Клещенко Е. И., Каюмова Д. А., Кулагина М. Г.,  
Комаров А. Ф., Литвинская М. А.**

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,  
Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Актуальность.** Питание детей с перинатальным поражением головного мозга является важной составляющей комплекса реабилитационных мероприятий.

**Цель исследования.** Определить особенности нутритивной реабилитации у детей с тяжелым перинатальным поражением головного мозга.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 65 детей с перинатальным поражением головного мозга, проявившимся в дальнейшем развитием неврологического дефицита. Оценка нутритивного статуса проводилась у детей первые два года жизни в отделении катамнеза ГБУЗ ДККБ г. Краснодара.

**Результаты.** В питании детей с тяжелым перинатальным поражением головного мозга использовались смеси, содержащие легкоусвояемые компоненты: частично гидролизованный сывороточный белок, среднецепочечные триглицериды, моносахариды, мальтодекстрин, сниженное количество лактозы. У детей с дефицитом массы тела, аллергическими проявлениями назначались специализированные лечебные смеси на основе высокого гидролиза сывороточного белка, казеина. Это позволило в несколько раз снизить гастроинтестинальные нарушения, аллергические проявления у детей при сравнении показателей на 1-м и 2-м году жизни ( $p < 0,001$ ), уменьшить нарушения физического развития за период наблюдения с 69,2 до 52,3% ( $p < 0,05$ ). При выраженном нарушении нутритивного статуса назначение рациона питания, соответствовавшего физическому развитию ребенка, а не настоящему возрасту, позволяло уменьшить проявления вегето-висцерального синдрома, снизить дефицит массы тела.

**Заключение.** Нутритивная реабилитация, направленная на уменьшение гастроинтестинальных нарушений и, соответственно, проявлений белково-энергетической недостаточности, способствует улучшению физического и психомоторного развития ребенка, помогает формированию новых двигательных навыков.

**Шин В. Ф., Мушегян Ж. Г., Зазьян А. В.**

*Детская городская больница № 1, Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО ЭКСПРЕСС-ТЕСТА НА ГРИПП У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Применение экспресс-тестов на грипп с симптомами гриппоподобной болезни у детей позволяет правильно и вовремя назначить лечение в каждом отдельном случае заболевания, а также осуществить в адекватном объеме санитарно-эпидемиологический контроль.

**Цель исследования.** Определение чувствительности диагностических экспресс-тестов на грипп в сравнении с методом ПЦР.

**Пациенты и методы.** Обследовано 124 ребенка с гриппоподобными симптомами в возрасте от 6 лет до 12 лет. Проведен экспресс-анализ на вирус гриппа типов А и В тест-системой на основе ИХА в материале из носоглотки человека. На базе ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области», а также на базе Централизованной лаборатории г. Ростова-на-Дону МБУЗ КДЦ «Здоровье» были проведены вирусологические исследования мазков со слизистой ротоглотки и носа на грипп и другие респираторные вирусы методом ПЦР.

**Результаты.** У 58% детей был положителен экспресс тест на грипп А, в 11% случаев экспресс тест дал положительный результат на грипп В, а у 4% детей был положителен грипп А и В. После проведения исследования методом ПЦР с субтипированием в 1-й группе выделена РНК вируса гриппа А (H1N1) pdm09 у 57% детей, у 5% выделена РНК вируса гриппа А (H3N2). Во второй группе в 32% случаев выделена РНК вируса гриппа В, а в третьей группе у 23% детей выделена РНК вируса гриппа В и РНК вируса гриппа А без субтипирования. У остальных 27% детей с гриппоподобными симптомами экспресс тест на грипп был отрицателен, им было проведено вирусологическое исследование методом ПЦР на грипп и респираторные вирусы. Получены следующие результаты: у 48% детей выявлен грипп А без субтипирования, у 35% обнаружены другие респираторные вирусы (ДНК аденовируса, РНК риновируса, РНК метапневмовируса), у 17% респираторные вирусы не обнаружены

**Заключение.** Экспресс-тесты на грипп имеют недостаточную специфичность. Отрицательные результаты не исключают возможность инфицирования. Однако адекватная интерпретация результатов позволяет установить диагноз при любом условии оказания медицинской помощи и принимать быстрые решения.

**Широкова А. А.<sup>1</sup>, Балыкова Л. А.<sup>1</sup>, Ивянский С. А.<sup>1</sup>, Варлашина К. А.<sup>1</sup>,  
Глотов А. С.<sup>2</sup>, Солдатов О. М.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Мордовский государственный университет им Н. П. Огарева, Саранск,  
Мордовская Республика, Российская Федерация

<sup>2</sup> Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии  
и репродуктологии имени Д. О. Отта, Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>3</sup> Мордовская республиканская клиническая больница, Саранск,  
Мордовская Республика, Российская Федерация

## **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МОЛОДЫХ АТЛЕТОВ — ВОЗМОЖНЫЕ АССОЦИАЦИИ**

**Актуальность.** Известно, что умеренные физические нагрузки у взрослых людей способствуют снижению кардиоваскулярного риска, а интенсивные, напротив, росту АД, особенно, во время силовых упражнений и у лиц с генетической предрасположенностью.

**Цель исследования.** Изучение представленности и характера артериальной гипертензии (АГ) и ее связи с признаками кардиоваскулярного ремоделирования у юных атлетов.

**Пациенты и методы.** Обследованы 80 подростков (в т. ч. 42 мальчика, средний возраст  $14,5 \pm 1,54$  лет), регулярно занимающихся в спортивных секциях и разделенных на 4 группы в зависимости от вида спорта (I — циклические, II — игровые, III — сложнокоординационные, IV — силовые). Проведено «офисное» измерение АД, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), цветное доплеровское сканирование сосудов шеи, суточное мониторирование АД (СМАД), велоэргометрия, генетическое тестирование.

**Результаты.** Повышение АД в покое выявлено у 2,5% детей, занятых силовыми видами спорта, недостаточное снижение в ночные часы — у 16,3% и избыточная реакция АД на дозированную физическую нагрузку (ФН) — у 25% атлетов. Эти изменения коррелировали с признаками спортивного ремоделирования, в частности с формированием гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ), которая диагностирована у 7–12,5% спортсменов. По результатам генетического тестирования выраженный полиморфизм в гене NO-синтазы по трем локусам (rs10918594, rs12143842, rs16847548) был ассоциирован с кардиоваскулярной перестройкой у 45% атлетов.

**Заключение.** 7,5–25% юных спортсменов, особенно занятых сложнокоординационными и силовыми видами спорта, имеют нарушение циркадного профиля АД и его избыточную реакцию на физическую нагрузку. Эти изменения ассоциированы с выраженностью спортивного ремоделирования и определяется генетической предрасположенностью.

**Шлякова Е. Ю.**

*Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород,  
Российская Федерация*

## **НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ**

**Актуальность.** Снижение минеральной плотности кости (МПК) и повышенная ломкость костей является основным клиническим проявлением несовершенного остеогенеза (НО), что обусловлено мутацией в генах, кодирующих синтез коллагена 1-го типа. При этом ключевым элементом, необходимым для формирования МПК является витамин D.

**Цель исследования.** Изучение и коррекция МПК и уровня витамина D, показателей ремоделирования костной ткани у детей с различными типами НО.

**Пациенты и методы.** Обследовано 30 детей в возрасте от 2,4 года до 18,0 лет ( $12,2 \pm 1,8$ ) с НО. Всем детям проведено полное клинико-лабораторное, генетическое обследование. На рентгеновском двухэнергетическом денситометре Lunar определяли МПК позвоночника на уровне L1-L4.

**Результаты.** Выявлена высокая частота снижения уровня витамина D у детей с НО. Средний уровень витамина D составил  $17,4 \pm 3,9$  нг/мл. Дефицит витамина D (ниже 10 нг/мл) отмечен у 27,2% детей ( $p = 0,03$ ). Достаточной концентрации витамина D (выше 30 нг/мл) при поступлении не было ни у одного ребенка. Было установлено, что у всех детей до лечения бисфосфонатами МПК (Z-score) поясничного отдела позвоночника (L1-L4) была ниже возрастной нормы  $-2,8(-2,3; -5,4)SD$ . Мутации в гене COL1A1 встречались у 54,6% пациентов, мутация в гене COL1A2 была выявлена у 45,4% детей. В трех случаях одновременно имелись мутаций в генах ANO5, FBN1, BMP, FLNB.

**Заключение.** Таким образом, дети с НО относятся к группе риска по нарушению МПК и метаболизма витамина D, что требует своевременной комплексной коррекции имеющихся отклонений.



**Шляхтенкова А. Л.<sup>1,2</sup>, Зарипова Ю. Р.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Городская детская больница, Петрозаводск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Республиканский перинатальный центр, Петрозаводск, Российская Федерация

<sup>3</sup> Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Российская Федерация

## **СЛУЧАЙ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ**

**Актуальность.** По статистике, коарктация аорты составляет до 10% среди ВПС (3 случая в 2019 г. в Республике Карелия у новорожденных детей) и характеризуется трудностями пренатальной диагностики, выраженными нарушениями гемодинамики и, как следствие, серьезной угрозой для жизни детей.

**Цель исследования.** Проанализировать случай коарктации аорты у ребенка первого полугодия жизни.

**Пациенты и методы.** Описание клинического случая, анализ медицинской карты стационарного больного (форма № 003/у-80) и история развития ребенка (форма № 112/у) пациента М., 24.04.2018 г. р.

**Результаты.** Ребенок от 2-й беременности (хроническая внутриутробная гипоксия, ВСД, резус-иммунизации в 28 нед), 1-х срочных родов операцией кесарева сечения. Вес 3390 г, рост 50 см, Апгар 8/8 б. УЗИ плода без патологии. Ребенок развивался по возрасту. Впервые УЗИ сердца выполнено в плановом порядке в рамках диспансеризации в поликлинике в 4 месяца: ВПС — двустворчатый клапан аорты без нарушения функции, умеренное увеличение полости левого желудочка. Кардиологом ребенок впервые осмотрен амбулаторно в возрасте 5 мес. Данные клинического осмотра были без патологических особенностей и не вызвали беспокойства у врача, однако в связи с увеличением полости левого желудочка, по данным ЭхоКС, выполнено контрольное УЗИ сердца, где выявлена коарктация аорты с высоким градиентом давления в зоне сужения до 85 мм рт. ст., двустворчатый клапан аорты, открытое овальное окно 4 мм, гипертрофия стенок левого желудочка. Пациент в экстренном порядке госпитализирован в ГБУЗ РК «Детская республиканская больница» (Петрозаводск), дообследован и после уточнения диагноза транспортирован в кардиохирургический центр Москвы, где был успешно прооперирован.

**Заключение.** Своевременная диагностика и оперативное лечение имеют решающее значение при коарктации аорты. В связи с трудностями инструментальной диагностики и возможной скудной клинической симптоматикой, у неонатологов и педиатров должна быть особая настороженность в отношении этой врожденной аномалии сердца.

**Шмулевич С. А.<sup>1</sup>, Аникеенко А. А.<sup>2</sup>, Деева Н. С.<sup>1</sup>, Цепкина А. В.<sup>1</sup>,  
Игишева Л. Н.<sup>1</sup>, Шабалдин А. В.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> Клинический кардиологический диспансер имени академика Л. С. Барбараша,  
Кемерово, Российская Федерация

## **РОЛЬ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ HLA-DRB1\* TREM-1 В ДЕТЕРМИНИРОВАНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СПАРОДИЧЕСКИХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА БЕЗ ХРОМОСОМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Актуальность.** Радикальные операции при ВПС являются основой их хирургического лечения. Однако, несмотря на все новшества, дети, радикально оперированные по поводу ВПС, зачастую имеют различного рода осложнения в послеоперационном периоде, которые могут быть причиной операционной смертности.

**Цель исследования.** Выявить наличие ассоциативных связей между полиморфными вариантами HLA-DRB1\* и TREM-1 с осложнениями в послеоперационном периоде.

**Пациенты и методы.** Группу исследования составил 131 ребенок (70 девочек и 61 мальчик) от 5 до 8 лет (медиана возраста составила 6 лет). Инфекционными осложнениями считали пневмонию, плеврит, инфекционный кардит, а неинфекционными — возникшие нарушения ритма и проводимости, судорожный синдром. В качестве материала для исследования использована геномная ДНК. Генотипирование образцов методом ПЦР-RT по 8 локусам TREM-1 и по HLA-DRB1\*. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Проведенное исследование показало, что для инфекционных осложнений не выявлено ассоциаций с аллелями полиморфных участков генов TREM-1 и HLA-DRB1\*. В то же время для неинфекционных осложнений получена положительная ассоциация с мажорным аллелем T локуса rs4711668 TREM-1 ( $Beta = 0,284 \pm 0,106$ ;  $B = 0,115 \pm 0,043$ ;  $p = 0,008$ ). Данный аллель находится в интронном участке гена TREM-1 и может оказывать влияние на экспрессию гена и синтез белка через ограничение связи первичного транскрипта со сплайсомами. Принимая во внимание ранее показанные ассоциации данного аллеля в формировании системного атеросклероза, можно думать о детерминировании через него иммуновоспалительных, неинфекционных реакций, лежащих в патогенезе неинфекционных послеоперационных осложнений.

**Заключение.** Выявлена положительная ассоциация аллеля T локуса rs4711668 TREM-1 с неинфекционными осложнениями после радикального хирургического лечения врожденного порока сердца.

**Шуматова Т. А., Приходченко Н. Г., Зернова Е. С., Сергеева Е. В.,  
Колесникова Е. А.**

*Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток,  
Российская Федерация*

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗОНУЛИНА В МОЧЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГАСТРОИНТЕСТИАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ**

**Актуальность.** Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии наиболее часто встречается у детей первого года жизни, ее актуальность обусловлена отсутствием специфической симптоматики и сложностью дифференциальной диагностики, особенно в раннем детском возрасте.

**Цель исследования.** Определить диагностическую значимость определения зонулина в моче у детей с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии.

**Пациенты и методы.** Проведено клинико-лабораторное обследование 29 детей с пищевой аллергией к белку коровьего молока в возрасте от 3 мес до 3 лет (I группа). Группу контроля (II группа) составили 20 здоровых детей с неотягощенным аллергическим анамнезом, сопоставимых по возрасту и полу. Зонулин определяли с помощью реактивов фирмы ImmunoDiagnostik (Германия) методом ELISA. Результаты исследования обработаны с использованием методов непараметрической статистики.

**Результаты.** В ходе исследования установлено, что у детей с пищевой аллергией содержание зонулина в моче было достоверно выше, чем у детей контрольной группы. Его содержание у пациентов I группы составило  $1,58 \pm 0,12$  нг/мл, у детей контрольной группы —  $0,54 \pm 0,05$  мкмоль/л (достоверность различий  $p < 0,05$ ). Содержание зонулина в моче не зависело от возраста и пола ребенка. В динамике заболевания на фоне соблюдения элиминационной диеты уровень зонулина снижался и не имел достоверных отличий с показателями контрольной группы ( $p = 0,0749$ ).

**Заключение.** Таким образом, определение зонулина в моче у детей с пищевой аллергии имеет достоверную диагностическую значимость, использование его определения в моче может в дальнейшем использоваться для контроля над течением заболевания и разработки современных протоколов профилактики пищевой аллергии у детей.

**Шумова А. А., Шумов А. В., Сергеев В. А., Макарова В. И.**

*Северный государственный медицинский университет, Архангельск,  
Российская Федерация*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Актуальность.** Проблема доступности и качества медицинской помощи все чаще становятся предметом обсуждения медицинской и немедицинской общественностью. Ведущим видом помощи детям является амбулаторная поликлиническая помощь, где осуществляется основной объем лечебно-диагностической и профилактической работы.

**Цель исследования.** На основании стандартных показателей оценить эффективность работы участковых педиатров по наблюдению за здоровыми детьми.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ 133 анкет, содержащих данные о работе педиатрических участков семи детских поликлиник города в 2018–2019 гг.: высчитана доля каждого признака в генеральной совокупности. Оценка эффективности проводилась в соответствии с Приказом МЗ РФ № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача педиатра участкового» от 19.04.2007 г.

**Результаты.** Одним из основных методов профилактической работы участкового педиатра является диспансерный метод. По результатам анализа получены следующие данные: охват дородовыми патронажами беременных составил 84,4%; охват патронажем новорожденных составил 95,2%. Полнота охвата профилактическими осмотрами составила: на 1 году — 93,9%, на 2 году — 89,3%, на 3 году — 87% (при нормативах на 1 году — 100%, старше — не менее 95%). Полнота охвата профилактическими прививками составила 92,9%, при должествующем, согласно приказу, показателе 95%. В то же время своевременность вакцинации составила 84,3%, мед. отвод имели 6,1% детей, в 10,2% случаев вакцинация не проведена ввиду отказа родителей. Удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании, в возрасте 3 мес составил 76,8% (при норме не менее 80%); в 6 мес — 69,5% (при рекомендуемом показателе — не менее 50%), к году — 46,6%, после года — 18,3%. Индекс здоровья составил 68,2%, наибольшее число детей имели 2-ю группу здоровья — 83,2%; 1-ю — 3,1%, 3-ю — 10,9%, 4–5-ю — 2,4%. На первом году жизни алиментарно-зависимые состояния наблюдались в 24,4% случаев (анемия 11,9%, рахит 4,9%, гипотрофия 4,8%, паратрофия 2,8%).

**Заключение.** Проведенный анализ показал несоответствие полученных данных с нормативами, установленными Приказом № 283, что говорит о недостаточной эффективности работы участковой педиатрической службы и требует выявления причин и их устранения для повышения качества оказания медицинской помощи.

**Щербак В. А., Каргина И. Г., Щербак Н. М.**

*Читинская государственная медицинская академия, Чита, Российская Федерация*

## **ВАРИАЦИИ ГЕНОВ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ**

**Актуальность.** Хорошо изученными при рахите являются нарушения минерального и витаминного баланса. Вместе с тем отдельные патогенетические механизмы развития рахита недостаточно исследованы. Так, не ясна роль генетических полиморфизмов рецептора коллагена в патогенезе рахита.

**Цель исследования.** Установить молекулярно-генетические закономерности изменений метаболизма костной ткани при рахите у детей.

**Пациенты и методы.** Работа является одномоментным контролируемым клиническим сравнительным исследованием по типу случай–контроль. Обследовано 108 детей в возрасте от 5 до 12 мес, из них 82 с рахитом и 26 здоровых детей контрольной группы. Диагноз рахита ставился по классификации С. О. Дулицкого, 1947 г. с изменениями 2018 г. Определение полиморфизма генов коллагена осуществлялось методом ПЦР с использованием праймеров «ООО НПО ДНК–Технология» (г. Москва).

**Результаты.** Дети — носители аллели А и генотипа АА (OR = 6,05, 95%, CI 0,34–108,42, p = 0,1) гена коллагена COL1A1: -1997 C>A среди пациентов с рахитом встречались чаще, по сравнению со здоровыми детьми. Мутантный генотип (АА) в группе контроля не выделен. При распределении генотипов и частоты аллельных вариантов COL1A1: 1546 (6252) G>T [Sp1 S>s] среди детей с рахитом и группы контроля, установлено значительное преобладание генотипа GG. Гетерозиготная мутантная аллель (GT) и гомозиготная мутантная аллель (TT) зарегистрированы в 29,3 и 2,4% случаев. Носители аллели Т, как и варианта гена коллагена COL1A1: 1546 (6252) G>T [Sp1 S>s], встречались во всех группах в равном соотношении. Нами выявлен высокий риск развития события при появлении аллели А в генотипе гена коллагена COL1A1: -1997 C>A. Оценивая уровень С-концевого телопептида коллагена I типа выявлено повышение уровня пептида у носителей генотипа АА гена COL1A1: -1997 C>A. При оценке влияния гена COL1A1: 1546 (6252) G>T [Sp1 S>s] на уровень С-концевого телопептида коллагена I-го типа, нами установлено повышение уровня пептида при генотипе TT в группе пациентов, больных рахитом.

**Заключение.** Таким образом, нами выявлен высокий риск развития события при появлении аллели А в генотипе коллагена COL1A1: -1997 C>A.

Эпп П. А.<sup>1</sup>, Пономарева А. В.<sup>1</sup>, Генералова В. П.<sup>1</sup>, Зарипова Ю. Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Сегежская центральная районная больница, Сегежа, Республика Карелия, Российская Федерация

<sup>2</sup> Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Российская Федерация

## ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ «СЕГЕЖСКАЯ ЦРБ» РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ

**Актуальность.** С 2019 г. в РФ в рамках национальных проектов реализуется федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям». В этой связи наблюдается всесторонний пристальный интерес к проблемам детского здравоохранения.

**Цель исследования.** Проанализировать состояния детского здравоохранения Сегежского района Республики Карелия и выявить актуальные проблемы в этой сфере.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ основных статистических показателей работы педиатрической службы Сегежского района Республики Карелия за период 2010–2019 гг.: численность детского населения, рождаемость, заболеваемость, кадровое обеспечение и материально-техническая база, а также анализ факторов, влияющих на уровень данных показателей.

**Результаты.** Основные проблемы: 1. Снижение численности детского населения: за 2010–2019 гг. численность детей уменьшилась на 21,6% — с 7923 до 6212 человек. Основные причины — снижение количества родов, отток молодого населения в другие регионы. 2. Повышение заболеваемости детского населения: в 2016–2018 гг. зафиксирован рост заболеваемости детей на 22,7% за счет патологии органов дыхания, ЖКТ, зрения, внешних причин. Основные причины: образ жизни, экологический (наличие крупных градообразующих предприятий) и наследственные факторы. 3. Дефицит кадров: долгое время укомплектованность педиатрической службы была на уровне 60–70%. К концу 2019 г. укомплектованность врачами составила 86,6%, средним персоналом — 73,3%. В настоящее время в детской поликлинике нет невролога, эндокринолога, хирурга. 4. Помещения: размещение детской поликлиники на общих площадях с взрослой поликлиникой, что не позволяет в полном объеме организовать работу дневного стационара, кабинета неотложной помощи и влияет на качество оказания медицинской помощи. Для решения проблемы в 2018 г. начата реконструкция здания бывшего детского сада под детскую поликлинику.

**Заключение.** Имеющиеся проблемы оказывают значительное влияние на качество оказания медицинской помощи детскому населению. Своевременное решение данных проблем позволит достигнуть целевых показателей, запланированных Национальными проектами РФ.

**Юденкова О. А., Крутикова Н. Ю.**

*Лечебно-реабилитационный научный центр «Русское поле» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева», Москва, Российская Федерация*

## **ВЗГЛЯД ПЕДИАТРА НА ПРОБЛЕМУ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ**

**Актуальность.** Изучение обеспеченности детей витамином D становится все более актуальным в последнее время. Это связано с доказанными свойствами кальцидиола формировать и поддерживать здоровье костной системы, обеспечивать профилактику аутоиммунных и онкологических заболеваний.

**Цель исследования.** Оценить обеспеченность витамином D детей, перенесших онкологические заболевания.

**Пациенты и методы.** В исследовании участвовало 156 детей. Группа контроля — 76 здоровых детей 2-й группы здоровья. Основная группа — 80 детей, перенесших злокачественное онкологическое заболевание (ЗНО) и находящихся в стойкой ремиссии. Был определен уровень концентрации метаболита витамина D кальцидиола (25(OH)D). Оценка результатов проведена согласно Национальной программы «Недостаточность витамина D у детей и подростков РФ: современные подходы к коррекции» (2018 г.). Также всем детям была проведена ультразвуковая остеоденситометрия (КУС). Статистический анализ проведен в Microsoft Excel for Windows 8 и STATISTICA v.10.0.

**Результаты.** Среднее содержание кальцидиола у детей основной группы —  $15,2 \pm 9,8$  нг/мл, что достоверно ниже, чем в группе контроля ( $30,1 \pm 7,8$  нг/мл,  $p < 0,05$ ). В основной группе были выявлены: нормальный уровень у 11,25% ( $n = 9$ ) детей ( $34,92 \pm 3,45$  нг/мл), недостаточность у 18,75% ( $n = 15$ ) пациентов ( $23,49 \pm 2,04$  нг/мл), дефицит отмечался у большинства — 70% ( $n = 56$ ) ( $10,69 \pm 4,4$  нг/мл). Достоверных различий в содержании 25(OH)D у детей, проживающих в разных регионах РФ, нет. Дефицит витамина D встречался у детей, перенесших ОЛЛ в 72,5% случаев. В группе детей, перенесших ЗНО ЦНС дефицит 25(OH)D регистрировался в 66,6% случаев, у детей с лимфомами — 71,4%, у детей, перенесшие другие ЗНО, дефицит зарегистрирован в 74,9% случаев. Достоверных различий в обеспеченности витамином D у детей с разными нозологическими формами ЗНО нет. Установлено, что дефицит кальцидиола регистрировался у 65,3% детей с длительностью ремиссии до 2 лет, у 70,4% детей на втором году ремиссии и 71,1% детей находившихся в стойкой ремиссии длительностью более 3 лет. Была выявлена прямая зависимость средней степени между уровнем концентрации витамина D и прочностью костной ткани у детей основной группы ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Все дети, перенесшие ЗНО, имели дефицит кальцидиола около 70%, нормальные показатели были зарегистрированы лишь у 10% детей с ОЛЛ и 20% с ЗНО ЦНС. Целесообразно определение 25(OH)D в сыворотке крови у всех детей, перенесших ЗНО, для устранения его дефицита.



**Юшко В. Д.<sup>1,2</sup>, Кожарская Л. Г.<sup>1,2</sup>, Кличан С. И.<sup>1,2</sup>**

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

<sup>2</sup> *Минская областная детская клиническая больница, Минск, Республика Беларусь*

## **НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ МИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы нарушения сердечного ритма занимают особое место. Они оказывают влияние на физическое, психоэмоциональное развитие ребенка, могут привести к дисфункции миокарда, сердечной недостаточности, могут быть сопряжены с высоким риском внезапной сердечной смерти.

**Цель исследования.** Выявить распространенность, виды нарушений сердечного ритма у детей.

**Пациенты и методы.** Проанализированы результаты электрокардиографического обследования 7600 детей, лечившихся в различных отделениях Минской областной детской клинической больницы. У 960 (12,6%) из них были выявлены нарушения ритма.

**Результаты.** Нарушения ритма в 2 раза чаще отмечались у девочек (девочек было 637, мальчиков — 323). Максимальная частота нарушений ритма отмечалась в возрасте от 1 года до 3 лет и от 7 до 14 лет. Половые различия частоты нарушений ритма особенно были выражены у подростков: из 100 пациентов с нарушением ритма было 87 девочек. В периоде новорожденности преобладали нарушения ритма у мальчиков. Тахикардические формы нарушений ритма были преобладающими. Брадикардии выявлялись лишь в 14,8% случаев. Дисфункция синусового узла в виде миграции источника ритма, эктопических ритмов наблюдалась у 19% больных. Экстрасистолия была выявлена в 7,2% случаев, при этом желудочковые экстрасистолы были выявлены лишь у 6 больных. В единичных случаях наблюдалась пароксизмальная тахикардия (суправентрикулярная форма) и мерцательная аритмия (трепетание предсердий). Синдромы предвозбуждения были диагностированы у 112 детей (11,6%), причем преобладал синдром короткого PQ (у 101 ребенка из 112). Синдром удлиненного QT был диагностирован у 9 детей, синдром короткого QT — у 3. В противоположность литературным данным группа от 3 до 5 лет характеризовалась минимальным количеством нарушений ритма.

**Заключение.** Таким образом, анализ наших наблюдений выявил наличие возрастных особенностей частоты нарушений ритма и характера аритмий. Чаще всего аритмии встречаются в возрасте от 7 до 14 лет и от года до 3 лет, при этом спектр аритмий наиболее широк в возрасте от 7 до 14 лет.

**Яворский К. М.<sup>1</sup>, Болотникова В. А.<sup>1</sup>, Московчук А. Ф.<sup>1</sup>, Шинкаренко И. В.<sup>2</sup>, Брумариу А. Г.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Институт физиопульмонологии «Кирилл Драганюк», Кишинев, Республика Молдова*

<sup>2</sup> *Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова*

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА**

**Актуальность.** Забота о благополучии детей с учетом социальных детерминант на основе политики Здоровье-2020 является важнейшей задачей и приоритетом в сфере здравоохранения и жизни общества многих стран мира и Республики Молдова.

**Цель исследования.** На примере туберкулеза (ТБ) и бронхиальной астмы (БА) показать возможности и перспективы борьбы с социально значимыми заболеваниями органов дыхания.

**Пациенты и методы.** Дети 0–17 лет с ТБ и БА из регистра 2016–2018 гг. Анализ отчетных статистических данных и медицинской документации.

**Результаты.** В указанный временной период показатель заболеваемости ТБ составлял 16,7; 19,8 и 15,9. Показатель распространенности БА — 296,2; 341,0; 379,0 на 100 тыс. детского населения. Доля детей среди новых случаев заболевания ТБ в целом по стране варьировала от 4,9% до 5,8%. Доля детей среди всех больных с БА, состоящих на учете, равнялась в среднем 33,8%. Установлено, что рост числа факторов риска и детерминант, увеличивающих вероятность возникновения этих заболеваний и определяющих течение и их исход, оказал заметное влияние на эпидситуацию и необходимость применения эффективных профилактических мер. Действующая в стране модель и тренд борьбы с ТБ и БА предусматривает первичную (предупреждение возникновения болезни) и вторичную профилактику (предупреждение рецидивов и обострений); специфическую (иммунопрофилактика, превентивная химиотерапия) и неспецифическую, включающую образовательные программы и социальные мероприятия.

**Заключение.** Достижение целевых ориентиров ВОЗ по снижению бремени социально значимых заболеваний и обеспечение полноценной, гармоничной жизни детей с ТБ и БА возможно посредством межсекторального сотрудничества.

**Якимович Н. И., Мирутко Д. Д., Бахар В. Н.**

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск,  
Республика Беларусь*

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ПРИ ЛИХОРАДКАХ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Лихорадка — это универсальная защитно-приспособительная реакция организма, которая возникает в ответ на воздействие инфекционных и неинфекционных факторов. Является одной из ведущих причин обращаемости детского населения за медицинской помощью.

**Цель исследования.** Проанализировать диагностический поиск при лихорадках у детей.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 3 пациентов, находившихся на лечении в УЗ «Городская детская инфекционная больница» г. Минска в 2011–2018 гг. Диагностический поиск причин лихорадочного состояния у детей требует правильной оценки клинико-лабораторных данных и индивидуального подхода в каждом конкретном случае.

**Результаты.** Изучены анамнез, жалобы, клинические проявления, результаты лабораторных и других методов исследования. Было выявлено, что это были дети первых 3 лет жизни (88%). Продолжительность лихорадки до госпитализации составила от 3 до 20 дней. Основной жалобой при поступлении была фебрильная температура (100%). Средняя продолжительность лихорадочного периода 16 дней. Антибактериальную терапию (АБТ) до госпитализации получали 2 детей. Диагнозы при поступлении: № 1: ОРИ (ринофарингит). Токсикоз. № 2: ОРИ (ринофарингит). Лихорадка неясного генеза. Анемия 1-й ст. № 3: ОРИ (фарингит). ГНМ 2-й ст. Пищевая и мед. аллергия. Стартовый антибиотик у пациентов в клинике: 1-й — амоксицилин; 2-й — цефотаксим; 3-й — кларитромицин. АБТ в стационаре длилась 17 дней у 1-го пациента, 20 дней у 2-го и 17 дней у 3-го. Двое получили иммуноглобулин и глюкокортикостероиды (5–7 дней) в дозе 1,5 мг/кг в сутки. Воспалительные изменения в крови выявлены у всех пациентов. Анемический синдром отмечался у 1-го и 3-го пациентов, причем у 1-го и снижением тромбоцитов. С-реактивный белок и РСТ были повышены у всех. Диагностированы: 1. Острый лейкоз 2. Инфекционный мононуклеоз, септический вариант. 3. Недифференцированное заболевание соединительной ткани.

**Заключение.** 1. Все пациенты получали АБТ более 14 дней, несмотря на разные клинико-лабораторные данные, что требует анализа эффективности данной терапии. 2. Использование диагностического модуля лихорадочных состояний позволяет быстрее диагностировать причины повышения температуры и проводить адекватную терапию.

**Яценко Н. О.**

*Ломоносовская межрайонная больница им. И. Н. Юдченко, Санкт-Петербург,  
Российская Федерация*

## **АКТУАЛЬНОСТЬ КАБИНЕТА МОЛОДЕЖНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ В СВЕТЕ СОЗДАНИЯ НОВОЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ**

**Актуальность.** Отсутствие стабильности демографической ситуации в нашей стране, ухудшение физического и репродуктивного здоровья населения, ставит перед врачебным сообществом новые задачи по улучшению медицинской помощи подросткам, что делает организацию кабинетов молодежного консультирования особенно актуальным.

**Цель исследования.** Изучить актуальность организации кабинета молодежного консультирования среди лиц подросткового возраста, проживающих на территории сельской местности.

**Пациенты и методы.** Проведено анонимное анкетирование 70 учащихся 9-х классов пяти школ Ломоносовского района Ленинградской области среди 55 девушек и 15 юношей. Вопросы анкеты затрагивали аспекты физического здоровья анкетированных, уточнялись вопросы знания правил ведения здорового образа жизни, его соблюдение подростками. Кроме того, подросткам было предложено в анкете оценить достаточность знаний об особенностях собственного организма и способах решений проблем здоровья подростка. В анкету были включены вопросы, куда бы обратился подросток при возникновении ситуации стресса и проблемы с физическим здоровьем, какие темы о здоровье актуальны для подростков.

**Результаты.** Проведенное исследование среди подростков показало, что большинство занимается регулярными физическими упражнениями и/или спортом — 68 (97%). Соблюдение режима дня, с достаточным количеством сна и отдыха было характерно менее чем для половины обследуемых — 31 (44%); 72% (51 человек) указали на дефицит знаний по вопросам составления собственного режима дня с целью ведения здорового образа жизни. На вопрос «достаточно ли у тебя знаний об особенностях здоровья организма людей твоего возраста», чуть более половины ответило положительно — 38 человек (54%). В своих ответах на вопрос «куда лучше обратиться с нарушениями в здоровье, интимными, психологическими вопросами и проблемами подростку (к врачам — специалистам кабинета молодежного консультирования, авторитетному педагогу, родителям, близкому другу/подруге)» мнения респондентов оказались неоднозначны: 29 подростков (41%) предпочли бы обратиться с возникшими проблемами к родителям, 27 опрошенных (39%) указали, что лучше при всех возникающих у подростков вопросах обращаться к специалистам кабинета молодежного консультирования. Решили обратиться за помощью к другу/подруге — 9 человек (13%); 5 человек (7%) предпочли решать сами.

**Заключение.** Проведенное исследование показало, что большинство современных подростков ведут или стремятся вести здоровый образ жизни. Однако имеющийся информационный вакуум в вопросах собственного здоровья, потребность в помощи специалистов делает организацию кабинета молодежного консультирования актуальной.

# ЧАСТЬ II

## X ФОРУМ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

**Бобрякова М. С.**

*Детский клинический медицинский центр, Чита, Российская Федерация*

### **ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРОВОДИМОЙ МОБИЛЬНОЙ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДОЙ**

**Актуальность.** В последние годы на ранних сроках развития заболевания гораздо легче нивелировать его клинические проявления и предотвратить инвалидизацию пациента, поскольку в детском возрасте пластичность физиологических процессов в организме наиболее высока и возможность восстановления состояния здоровья ребенка.

**Цель исследования.** Обеспечение своевременной, доступной реабилитационной помощи детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось на базе ГУЗ «Детский клинический медицинский центр» г. Читы методом изучения статистических данных, наблюдения, опроса с июля 2018 г.

**Результаты.** После создания мобильной бригады «Детского клинического медицинского центра» г. Читы дети с ограниченными возможностями города Читы получили возможность получать необходимую комплексную медицинскую реабилитацию на дому. Лечение предполагает проведение индивидуальных реабилитационных программ, куда входят осмотр специалистов, физиолечение, лечебная физкультура, массаж, занятия с психологом. В данном процессе важно участие медицинской сестры в расстановке приоритетов медицинской реабилитации, организации всего сестринского процесса, так как значительная часть процедур выполняются медицинскими сестрами.

**Заключение.** Таким образом, участие специалистов мультидисциплинарной бригады при проведении в условиях реабилитационного подразделения ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» комплексной программы медицинской реабилитации детей с проблемами со здоровьем представляется обоснованным и целесообразным.

**Долбиянова О. А.**

*Республиканская детская клиническая больница, Ижевск, Удмуртская Республика,  
Российская Федерация*

## **РОЛЬ НАСТАВНИЧЕСТВА В АДАПТАЦИИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Актуальность.** Актуальность данной темы заключается в том, что при устройстве на работу у молодых специалистов складывается ситуация — несовпадения действительности с ожиданиями и сложности адаптации в коллективе.

**Цель исследования.** Изучение уровня адаптации молодых специалистов, работников БУЗ УР РДКБ МЗ УР и определение роли наставничества в этом процессе.

**Пациенты и методы.** 1. Молодые специалисты. 2. Наставники. Методы: 1. Анкета для молодых специалистов, анкета для наставников. 2. Социологический и статистические методы.

**Результаты.** Проведя анализ, мы выявили, что адаптация молодых специалистов проходит достаточно быстро, этому способствует организованная работа наставников. Уменьшение количества сотрудников, покинувших ЛПУ в течение первого года работы. Развитие позитивного отношения к работе. Усиление корпоративной культуры.

**Заключение.** Институт наставничества помогает достойно адаптировать новичков, повышать профессиональный уровень и престиж наставников, а также укреплять корпоративный дух в коллективе.

**Жуйкова С. Н.**

*БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики», Ижевск, Удмуртская республика*

## **ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКОЛА-ПУТЬ К УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Актуальность.** Образование является важнейшим условием развития любого ребенка, определяющим его судьбу, его успешность, интеграцию в общество. Для тяжело больных детей в России начали работать госпитальные школы. Программа обучения выстроена вместе с врачами, учителями, тьюторами и психологами.

**Цель исследования.** Охарактеризовать повышение качества жизни детей больных онкологическими заболеваниями.

**Пациенты и методы.** Детям, получающим лечение, свойственны многочисленные страхи, чувство повышенной тревоги, снижение самооценки, чувство вины, нередко повышенная агрессивность, эмоциональная неустойчивость и т. д. Длительное лечение мешает детям нормально учиться в школе, общаться со сверстниками, а это нарушает получение социального опыта, формирования навыков нормального общения. Современные технологии в обучение здесь — первая необходимость. При создании госпитальной школы учитывают состояние здоровья детей после процедур и терапии. Если ребенок не может выйти из больничной палаты, тогда урок, проводимый в классе, транслируется из группы в планшет ребенку.

**Результаты.** Занятия в госпитальной школе позволяют вывести детей, принимающих длительную терапию, из угнетенного состояния. Когда дети видят результат своего труда, у них повышается настроение и лечение им идет только на пользу.

**Заключение.** Очень важно соблюдать принцип непрерывности образования на этапах специального лечения и реабилитации. Это обязательное условие гармоничного развития личности, включённости в систему, в которой ребенку предстоит существовать всю жизнь.



**Зайцева Н. А.**

*Городская поликлиника № 17, Тюмень, Российская Федерация*

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ**

**Актуальность.** Одним из приоритетных направлений в сфере здравоохранения является профилактическая работа.

**Цель исследования.** 1. Сокращение времени профилактических осмотров. 2. Уменьшение частоты посещений детского отделения. 3. Повышение удовлетворенности законных представителей.

**Пациенты и методы.** Прикрепленного детского населения насчитывается 19 155 человек, из них дети до 1 года составляют 1523, на 25 педиатрических участках. В детской поликлинике работает 117 сотрудников, из них 55 человек это средний медицинский персонал.

**Результаты.** На сегодняшний день профилактический осмотр в возрасте 1 и 12 мес проходит за 1 день, сокращен путь прохождения профилактического осмотра (3 кабинета вместо 8 за счет организации осмотра несколькими специалистами в одном кабинете), сокращено время нахождения ребенка в поликлинике, нет необходимости посещения регистратуры. Созданы комфортные условия прохождения профилактического осмотра.

**Заключение.** Участковая медицинская сестра детской поликлиники является основным помощником маленького пациента. Высокое профессиональное мастерство участковой медицинской сестры во многом определяет уровень оказания медицинской помощи детям в условиях детской поликлиники. Огромная роль в реализации мероприятий.

**Зими́на В. В.**

*ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр», Чита, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ НА ВЧ ИВЛ**

**Актуальность.** В докладе уделяется внимание позиционной технике, санации дыхательных путей, уходу за кожей экстремально недоношенного и возможности выполнения водных процедур у ребенка на вентиляционной терапии.

**Цель исследования.** Обобщить всероссийские данные по проблеме щадящего ухода за недоношенными детьми, находящимися на ВЧ ИВЛ, разработать СОП купания недоношенных новорождённых.

**Пациенты и методы.** Анализ литературных источников, наблюдение, математические (регистрация, ранжирование) и статистические методы обработки данных.

**Результаты.** Внедрение методики ухода за экстремально новорожденными детьми, находящимися на ИВЛ, позволили уменьшить осложнения связанные с длительной вентиляцией (пролежни, костные деформации), снизить развития внутригоспитальной инфекции (связанные с ней повторные заболевания вентилятор-ассоциированными пневмониями), повысить комфортность пребывания ребенка в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

**Заключение.** Рекомендуются к применению разработанные стандартные операционные процедуры по уходу, позиционированию ребенка на ИВЛ, санации дыхательных путей, купанию экстремально недоношенных новорожденных длительно находящихся на ИВЛ.

Казакова М. А.<sup>1</sup>, Кошкина В. В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Казанский государственный медицинский университет, Казань,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> Городская детская больница № 1, Казань, Российская Федерация

## **АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК, ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОТДЕЛЕНИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** Медицинские сестры отделений интенсивной терапии новорожденных постоянно находятся в гнетущей атмосфере чужих отрицательных эмоций, служат утешителем или мишенью для раздражения и агрессии, что в свою очередь негативно может сказаться на их качестве жизни и уровне здоровья.

**Цель исследования.** Оценить взаимосвязь личностных характеристик, уровня здоровья и качества жизни медицинских сестер в отделениях интенсивной терапии новорожденных.

**Пациенты и методы.** В исследование вошли медицинские сестры ( $n = 30$ ) отделения патологии новорожденных. Средний возраст составил 36 лет (95% CI 20–55). Средний стаж работы 12 лет (95% CI 1–35). Всем респондентам предлагалось ответить на вопросы по опроснику WHOQOL-BREF для оценки качества жизни. В ходе анкетирования изучали акцентуации характера и темперамента личности (тест-опросник Г. Шмишека, К. Леонгарда). «Диагностику межличностных отношений» проводили с помощью теста Лири. Использовались данные периодического медицинского осмотра медсестринского персонала отделения.

**Результаты.** Каждый второй анкетированный медработников на момент опроса находился на диспансерном учете с хронической патологией, в 28% случаев отмечена коморбидность хронической патологии. Профессионализация способствует развитию профессиональных акцентуаций, сказывающихся на деятельности и поведении специалистов. Оценка личностных особенностей медсестринского персонала выявила у 43% клинически значимые акцентуации характера. Наиболее распространенным типом акцентуации оказались: гипертимный (46%). Данный тип можно охарактеризовать как «бодрый», «энергичный», «жизнерадостный». В 23% встретился демонстративный, у 15% застревающий, дистимический и педантичный по 8%. Проведенный анализ качества жизни показал, что сфера физического и психологического благополучия составила 71,29% от максимально возможной (22,10 баллов). Самые высокие баллы получила сфера, характеризующая социальное благополучие населения — 26,3 балла (82,19% от максимально возможной). При исследовании межличностных отношений наиболее часто (87%) респонденты показали адаптивное поведение и психологическую совместимость.

**Заключение.** Наиболее часто встречаемый тип акцентуации у среднего персонала отделения интенсивной терапии гипертимный. Оценка качества жизни показала высокие баллы в социальной сфере, которые проявляется в удовлетворенности широкой динамичной системой социальных связей.

**Ковалева Е. Н., Ефимова Н. В.**

*Северодвинский дом ребенка, Северодвинск, Российская Федерация*

## **РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОДХОД В СТАНОВЛЕНИИ ЛОКОМОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА**

**Актуальность.** Заболевания центральной нервной системы лидируют в структуре инвалидности у детей раннего возраста как первично, так и вследствие генетических синдромов и аномалий развития головного мозга. Нарушение двигательных функций является ведущим синдромом, требующим реабилитационных мероприятий.

**Цель исследования.** Проанализировать эффективность комплексного подхода реабилитации, используемого в специализированном доме ребенка, в становлении локомоторных функций.

**Пациенты и методы.** Нами проанализированы результаты комплексной реабилитации 126 детей раннего возраста, оставшихся без попечения родителей или оказавшихся в трудной жизненной ситуации в динамике лет 2017–2019 гг. Девочек было 48 (38,1%), мальчиков — 78 (61,9%). Дети воспитывались в ГКУЗ АО «Северодвинский специализированный дом ребенка для детей с поражением центральной нервной системы, нарушением психики». У детей с двигательными нарушениями до и после проведенной реабилитации мы оценивали приобретенные/восстановленные двигательные навыки по 5-балльной системе. Математическая обработка выполнена в программе Excel.

**Результаты.** У всех 126 детей установлена инвалидность. В структуре нарушений функций организма у 107 (84,9%) детей диагностированы нарушения двигательных функций разной степени выраженности. В оказании помощи воспитанникам участвовала мультидисциплинарная команда специалистов из медицинского и педагогического персонала. В зависимости от тяжести патологии и возраста ребенка медицинская реабилитация включала различные комбинации медикаментозной терапии с физиотерапевтическим лечением, массажем, лечебной физкультурой, кондуктивной терапией, гидропроцедурами, ортопедической коррекцией и вспомогательными средствами позиционной терапии. Согласно индивидуальной программе реабилитации все дети прошли от 1 до 3 курсов в течение года. Кратность использования вспомогательных средств в динамике лет увеличилась в 1,7 раза. Положительная динамика в становлении локомоторных функций отмечена у всех детей-инвалидов. Высокий уровень эффективности мы зафиксировали у 17 (13,5%) детей, средний уровень эффективности — у 80 (63,5%), низкий уровень эффективности — у 29 (23,0%). Низкий уровень эффективности реабилитации был у детей из-за низкого реабилитационного потенциала на фоне органического заболевания ЦНС.

**Заключение.** Комплексный подход в реабилитации детей-инвалидов в 77,0% случаев дает высокий и средний уровень эффективности в становлении локомоторных функций у детей специализированного дома ребенка. Недостаточный уровень эффективности реабилитации был у 23,0% детей из-за низкого реабилитационного потенциала.

**Красноперова Е. В.**

*Республиканская детская клиническая больница, Ижевск, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

**Актуальность.** В последние годы регистрируется стабильный рост количества детей, появившихся на свет раньше срока. Для их выхаживания нужен не только высокотехнологичный интенсивный уход, но и психологическая помощь родителям, позволяющая понять: недоношенность — не приговор.

**Цель исследования.** Изучение влияния особенностей сестринской деятельности при уходе за недоношенными детьми в условиях отделения реанимации.

**Пациенты и методы.** Недоношенные дети. Методы: 1) организационные методы (сравнительный); 2) эмпирические: наблюдение 3) методы статистической обработки эмпирических данных: описательная статистика; 4) интерпретационные методы.

**Результаты.** Применение развивающего ухода в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии благоприятно повлияет на психоэмоциональное состояние и поведение недоношенного ребенка.

**Заключение.** В организации выхаживания недоношенных детей большое значение имеет деятельность всего персонала отделения по выхаживанию недоношенных новорожденных, а особенно медицинских сестер; снижение сроков выхаживания недоношенного; снижение показателя инвалидизации и летальности как по РФ, так и в УР.

**Лебедева М. А.**

*Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Российская Федерация*

## **ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПАЛЛИАТИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В ДОМАШНИХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Актуальность.** В Свердловской области 700 человек состоящих в регистре детей с паллиативными состояниями из них 32 ребенка находятся с ИВЛ на дому. Стремительное развитие паллиативной помощи ставит перед медсестрами новые задачи и владение новыми компетенциями.

**Цель исследования.** Разработка и внедрение программы наблюдения и ухода за паллиативными пациентами ОДКБ.

**Пациенты и методы.** Дифференцированная программа сестринского процесса для детей с паллиативными состояниями, пациентоориентированные методы коммуникации.

**Результаты.** Внедрение пилотного проекта «Пациентоориентированные формы оказания сестринской помощи детям с паллиативными состояниями в домашних и стационарных условиях». Первые результаты.

**Заключение.** Пациентоориентированный подход обеспечивает квалифицированную и своевременную помощь пациенту в рамках любых сестринских вмешательств, что важно для повышения качества жизни пациента и снижения уровня депрессивных и тревожных состояний самого пациента и его родственников.

**Логина Л. В.**

*МЕСТО РАБОТЫ, Тюмень, Российская Федерация*

## **УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОЦЕССА ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ**

**Актуальность.** Вакцинопрофилактика — один из основных разделов в профилактической работе. Оформление бумажной документации, планирование и отчетность в «ручном режиме» говорит о необходимости внедрения технологий «Бережливого производства» и развития единого цифрового контура «Медицина 1С» по вакцинопрофилактике.

**Цель исследования.** Стандартизация процессов вакцинопрофилактики и оптимизация рабочего пространства прививочного кабинета. Сокращение времени составления отчетных форм.

**Пациенты и методы.** Разработка и внедрение стандартной операционной карты для прививочного кабинета помогла стандартизировать рабочую последовательность действий медицинских сестер и оптимизировать рабочее пространство. Проведенный хронометраж рабочего времени показал, что при большом потоке пациентов целесообразна синхронная работа прививочных медицинских сестер по вакцинации и внесению данных о выполненной профилактической прививке. При проведении анализа работы участковой службы, выявлена необходимость разработки нового формата формы № 063/у с возможностью внесения данных о современных профилактических прививках и фиксирование медицинских отводов и отказов.

**Результаты.** Внедрение технологий «Бережливого производства» и развитие единого цифрового контура МИС «Медицина 1С» в области вакцинопрофилактики позволило сократить время протекания процесса в 2 раза.

Синхронная работа оператора и прививочной медицинской сестры, внедрение стандартной операционной карты, переход на электронный документооборот, способствовало сокращению времени ожидания в очереди у прививочного кабинета в 5 раз.

Совместная работа медицинских работников и специалистов МИС «Медицина 1С» по автоматизации отчетных форм внесла огромный вклад в устранение временных потерь на всех этапах вакцинопрофилактики. Время, затраченное на составление отчетных форм, сократилось в 5 раз. В данный момент еженедельные отчеты формируются в 2 раза быстрее, ежемесячные в 5 раз, а ежеквартальные буквально нажатием кнопки. Это по достоинству оценено медицинскими сотрудниками, участвующими в этом процессе.

**Заключение.** Переход на электронный документооборот, отказ от документации на бумажном носителе, разработка и внедрение стандартной операционной карты позволило снизить нагрузку на медицинский персонал, повысить удовлетворенность пациентов доступностью и качеством оказания первичной медико-социальной помощи.



**Мусатова Ю. В., Балакирева А. В.**

*Владимирский базовый медицинский колледж, Владимир,  
Российская Федерация*

## **ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ИНФОРМИРОВАНИЕМ ПО ВОПРОСАМ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Высокая заболеваемость детей на первом году жизни, которая во многом обусловлена образом жизни у женщин как до, так и во время беременности, который определяется информированностью пациенток по этим вопросам, а также их удовлетворенностью получаемой информацией от медицинских работников.

**Цель исследования.** Изучение информированности беременных женщин в вопросах антенатальной охраны здоровья детей, а также их удовлетворенности информированием.

**Пациенты и методы.** Для исследования использовались аналитический метод, анкетирование, опрос и статистическая обработка полученных данных. Проведен опрос 50 беременных женщин.

**Результаты.** По результатам опроса 50 беременных женщин было установлено, что свою информированность о влиянии их образа жизни на здоровье будущего ребенка, почти половина из них считает достаточной (46%). При этом чаще всего пациентки в качестве источника информации по этим вопросам выбирают интернет (86%) и советы друзей и родственников (58%). К рекомендациям медицинских работников пациентки обращаются менее чем в половине случаев (44%). Это ставит под сомнение обоснованность такой высокой оценки большинством беременных своей информированности. Вместе с тем, более половины женщин указали, что получали рекомендации от медицинских работников (54%), однако большинству из них они были непонятны (30%). Наиболее востребованной беременными была информация о борьбе со стрессами (86%), физической активности (74%), и борьбе с вредными привычками (60%). Работу медицинского персонала детской поликлиники по выдаче им этой информации, больше половины беременных оценивали как недостаточную (64%), а 12% затруднились с ответом.

**Заключение.** Полученные данные указывают на необходимость оптимизации информационного сопровождения беременных в условиях родильного дома, где они могли бы получать не только устную информацию по вопросам влияния их образа жизни на здоровье будущего ребенка, но и рекомендации в виде памяток.

**Пивоварова Т. Б.**

*Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Российская Федерация*

## **НАСТАВНИЧЕСТВО — НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА СТАРЫЙ ОПЫТ**

**Актуальность.** Мировая практика показывает, что около 90% молодых специалистов, уволившихся с работы в течение первого года, приняли это решение уже в первые недели, а то и в первые дни своего пребывания в новой организации. Основные причины ухода — несовпадение действительности с ожиданиями и сложностями.

**Цель исследования.** Мягкая адаптация молодых специалистов на рабочем месте и адаптация вновь принятых сотрудников среднего и младшего медицинского персонала.

**Пациенты и методы.** Разработаны регламентирующие документы; состоялся отбор и обучение наставников в 2 этапа (2018; 2019); утверждены моральные и материальные поощрения наставников; ежемесячно осуществляется анализ работы стажера (разработаны анкеты и оценочные листы); для создания базы развития и наработки профессионального опыта молодые сотрудники изучают, формируют актуальные темы и делают доклады для участия в научно-практической конференции «Молодая весна». Вновь принятый персонал (средним и вспомогательным): первичный инструктаж по инфекционной безопасности (по профессиям), корпоративная культура ЛПУ, обучение без отрыва на рабочем месте.

**Результаты.** Реорганизация учебно-методического кабинета: создание симуляционного кабинета и кабинета для тестирования сотрудников; проходит стажировка на рабочем месте в количестве 96 ч; организованы курсы без отрыва от производства по службам; сдача итогового экзамена прослушанных тем с отработкой практических навыков и отметкой в зачетной персональной книжке; проведение семинарских занятий по специальностям; принятие ежегодных практических зачетов в симуляционном кабинете по определенным темам с отметкой в зачетных книжках; проведение внутренней преаттестационной комиссии для лиц подлежащих повышению квалификации с выдачей протокола соответствия; проведение мастер-классов, создание обучающих видеofilьмов; обучающие, контролирующие, анализирующие обходы Совета по сестринскому делу.

**Заключение.** Новый сотрудник в краткие сроки получает практический опыт, который ему необходим и начинает полноценно приступать к работе, вне зависимости от уровня уже имеющихся у него теоретических навыков, т. е. основной упор приходится на развитие практических навыков. Адаптация проходит быстрее и более комфортно.

**Савельева А. Ю., Попова Н. Н.**

*Ессентукский филиал Ставропольского государственного медицинского университета, Ессентуки, Российская Федерация*

## **ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ КАК ОСНОВА РАЗВИТИЯ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА**

**Актуальность.** Одной из важных проблем в педиатрии принадлежит грудному вскармливанию ребенка. Грудное вскармливание является естественным физиологическим питанием новорожденного ребенка. Удачное начало и продолжение кормления грудным молоком оказывает положительное влияние на здоровье ребенка в будущем.

**Цель исследования.** Изучение здоровья детей в зависимости от вида вскармливания ребенка в грудном возрасте.

**Пациенты и методы.** База исследования — ГБУЗ СК «Ессентукская городская детская поликлиника» г. Ессентуки. Анализ медицинских форм 112/у «История развития ребенка» детей первого года жизни, проживающих в г. Ессентуки за период 2017–2018 гг. Основные методы исследования: беседа, статистический анализ и обобщение.

**Результаты.** На грудном вскармливании в 2017 г. находились 57% детей, на искусственном вскармливании 38%, в 2018 — 63 и 32% соответственно. Установлено, что в 2017 г. на первом году жизни из детей, находящихся на грудном вскармливании, переболели острой респираторно-вирусной инфекцией 7%, в 2018 — 6%. На искусственном вскармливании болели ОРВИ 16 и 15% детей. Имели место осложнения и тяжелое течение ОРВИ на грудном вскармливании — 2,8 и 2,6% за 2017–2018 гг. Задержка психомоторного развития на грудном вскармливании отмечалась у 10 и 7%, а на искусственном — 17 и 14% случаев за 2017–2018 гг.

**Заключение.** Выявлено, что показатели заболеваемости и задержка психомоторного развития среди детей первого года жизни, находившихся на грудном вскармливании ниже, чем среди детей на искусственном вскармливании. Грудное вскармливание является основой развития здорового ребенка.

**Сергеева Я. А.**

*ГУЗ «Городской родильный дом», Чита, Российская Федерация*

### **ЗНАЧИМОСТЬ КОС (КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ) В НЕОНАТОЛОГИИ. КАК ИЗБЕЖАТЬ ПРЕАНАЛИТИЧЕСКИХ ОШИБОК». СОП «ЗАБОР КРОВИ НА КОС У НОВОРОЖДЕННЫХ»**

**Актуальность.** КОС — важнейший показатель гемостаза организма, а его исследование — один из основных тестов, выполняемых для пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

Для минимизации лабораторных ошибок необходимо иметь не только теоретические знания, но и научиться правильному забору анализа.

**Цель исследования.** Определить значимость КОС. Уменьшить количество самых критических ошибок в преаналитической фазе, профессиональных ошибок и других рисков.

**Пациенты и методы.** Пациенты-новорожденные, исследования: анализ литературных источников, наблюдение и статистические методы обработки данных.

**Результаты.** Правильность и своевременность выполнения процедуры помогает наиболее объективно выявить метаболические нарушения у плода в момент рождения, а также оценить состояние ребенка, тяжесть асфиксии, определить терапевтическую тактику, прогнозировать дальнейшее состояние новорожденного.

**Заключение.** Анализ КОС относится к категории экспресс-исследований. Анализ крови и рН оказывает прямое и более важное воздействие на лечение больного по сравнению с любым другим лабораторным исследованием. Поэтому предъявляются высокие требования к качеству выполнения преаналитической фазы.

**Толокнова М. О., Балакирева А. В.**

*Владимирский базовый медицинский колледж, Владимир, Российская Федерация*

## **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ К ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Возвращение «старых» и регистрация необычных комбинаций инфекций, негативное отношение населения к вакцинации определяют необходимость усиления санитарного просвещения по вопросам формирования приверженности взрослого населения к вакцинации детей.

**Цель исследования.** Изучение информированности взрослого населения, в том числе медицинских работников, об иммунизации детей.

**Пациенты и методы.** В ходе исследования был проведен опрос родителей ( $n = 34$ ) и медицинского персонала ( $n = 27$ ). Было разработано и проведено занятие для родителей, а также памятки. После проведения занятия был проведен повторный опрос родителей, а данные исходного и итогового анкетирования подвергнуты сравнительному анализу.

**Результаты.** Почти 1/3 родителей не считали вакцинацию профилактической мерой (61,8%), а некоторые указали, что регулярный прием антибиотиков и противовирусных препаратов способствует предупреждению возникновения капельных инфекций у детей. (17,6%). Это в полной мере отражает низкую информированность населения о способах предупреждения возникновения заболевания у ребенка. И действительно, почти половина опрошенных либо отрицательно относятся к профилактическим прививкам (35,3%), либо сомневаются в необходимости вакцинопрофилактики (20,6%). Поэтому работа медперсонала должна быть усилена в отношении информирования населения о целях и задачах иммунопрофилактики, о структуре поствакцинальных реакций и осложнений, о заболевании, от которого прививается ребенок и в том числе о частоте осложнений при этих заболеваниях. Вместе с тем, важность иммунопрофилактики, признается 88,9% медицинских работников, но 48,1% из них указывают на недостаточную информированность по вопросам вакцинопрофилактики. При сравнительном анализе, родители изменили свое мнение о профилактике инфекционных заболеваний у детей. Так, доля респондентов с позитивным отношением к своевременной вакцинации увеличилась в 2,6 раза.

**Заключение.** Таким образом, изучение информированности взрослого населения, в том числе медицинских работников, об иммунизации детей, позволило определить их фактическое отношение к вакцинации и разработать мероприятия, направленные на формирование у них приверженности к данному виду профилактики.

**Чебурина А. Н.<sup>1</sup>, Щекина К. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Детская городская клиническая поликлиника № 8, Челябинск,  
Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Центр по координации деятельности медицинских организаций, Челябинск,  
Российская Федерация*

## **ТЕЛЕМЕДИЦИНА: ЭФФЕКТИВНО, УДОБНО, ДОСТУПНО**

**Актуальность.** По результатам проведенного анализа работы медицинских сестер по причине большого количество прикрепленного населения, отдаленности расположения участков и низкой укомплектованности медицинскими сестрами охват медсестринскими патронажами детей до 1 года составил 73,8%, при целевом показателе 100%.

**Цель исследования.** Оценить эффективность внедрения медсестринских патронажей детям до 1 года с применением телемедицинских технологий.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ электронных медицинских карт детей в возрасте до 1 мес и с 2 мес до 1 года сплошным методом на наличие медсестринского патронажа, а также количество внеплановых консультаций врача педиатра с подозрением на нарушение состояния здоровья.

**Результаты.** За период внедрения проекта с 01.03.2019 до 01.12.2019 г. достигнуто: 1) охват медсестринскими патронажами детей в возрасте до 1 мес составил 100% (первый патронаж проводился лично, последующие с применением телемедицинских технологий); 2) охват медсестринскими патронажами детей в возрасте с 2 мес до 1 года составил 94,7% (из всего обслуживаемого населения данного возраста 87% родителей дали согласие на телемедицинский медсестринский патронаж, 13% родителей предпочитают общаться с медсестрой лично); 3) охват медсестринскими патронажами детей в возрасте до 1 года составил 97,4%, улучшение показателя на 24%; 4) по данным проведенного хронометража один медсестринский патронаж с помощью телемедицинских технологий в настоящее время занимает 15 мин рабочего времени медсестры, когда при личном посещении, до внедрения проекта на один медсестринский патронаж уходило в среднем 79 мин.

**Заключение.** Внедрение телемедицинских технологий в работу медицинской сестры повышает доступность медицинской помощи, делает ее удобной, а работу персонала более эффективной.

**Юринская Е. С.**

*Детский клинический медицинский центр, Читы, Российская Федерация*

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

**Актуальность.** В организации паллиативной помощи специалистам среднего звена отводится ключевая роль вследствие тесного контакта с инкурабельными больными. Они не только осуществляют наблюдение и проводят оценку результатов лечения, но и организуют качественный уход.

**Цель исследования.** Изучить роль медицинской сестры в работе мультидисциплинарной бригады, взаимодействие с членами медицинской команды.

**Пациенты и методы.** Сестринское исследование проведено на базе ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» среди 67 ухаживающих родственников и пациентов в соответствии с целевыми критериями отбора детей на курацию по паллиативной службе. Проведена сопоставительная оценка результатов деятельности всех членов команды на основании отчетных форм с последующим анализом полученных данных.

**Результаты.** Медицинская сестра выездной бригады является не просто членом команды, а главным координатором комплексной помощи пациенту. Она координирует паллиативную помощь, используя ранее составленный план ведения больного для обеспечения преемственности в лечении и поддержке ребенка и членов его семьи путем постоянных коммуникаций с членами команды паллиативной помощи и медсестрами других медицинских учреждений. Она осуществляет координацию всех звеньев в цепи оказания помощи пациенту, обеспечивая взаимодействие и обмен информацией между всеми участниками процесса лечения больного и ухода за ним. Члены семьи, осуществляющие уход за больным ребенком, — тоже члены команды, т. к. именно они круглосуточно находятся с ребенком. От того, насколько родители доверяют остальным членам команды и выполняют рекомендации специалистов, зависит состояние ребенка. Медицинская сестра выездной бригады руководит работой организованной в 2019 г. «Школы обучения уходу за тяжелобольным ребенком на дому», где родственников обучают приемам ухода, формам общения и поведения на протяжении всего срока болезни больного ребенка, санитарно-гигиенического обслуживания физически ослабленных и тяжелобольных на дому.

**Заключение.** В паллиативной помощи принят командный подход с привлечением различных специалистов, т. к. одновременно приходится решать много как медицинских, так и психосоциальных и духовных задач. Медсестра принимает самое активное участие в принятии решений и в обсуждении стратегии и тактики ведения ребенка.



# СОДЕРЖАНИЕ

## Часть I

Абдуллаева Г. М. Мониторинг скорости роста недоношенных детей для оценки состояния их здоровья ...	2
Абдуллаева Н. Ш. Сравнительный анализ физического развития детей г. Душанбе по данным антропометрических исследований. ....	3
Абольян Л. В., Дакинова Л. Н., Умнова Э. Э. Мониторинг ключевых индикаторов инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «больница, доброжелательная к ребенку» на уровне родовспомогательных учреждений. ....	4
Аксенов Н. А., Якушин А. С., Денисов М. Ю. Изучение гастроэнтерологического и нутритивного статуса пациентов, страдающих детским церебральным параличом. ....	5
Алдибекова Г. И. Влияние характера питания на липидный обмен у детей дошкольного возраста. ....	6
Арсланова А. Ю., Алискандиев А. М., Израйлов М. И., Алискандиева З. А., Махачев С. М. Внебольничная пневмония у детей раннего возраста республики Дагестан. ....	7
Ахматалиева М., Хамзаев К. А. Эффективность применения такролимуса и циклоспорина А в лечении идиопатического нефротического синдрома у детей. ....	8
Ахметова С. В., Бобырева А. С., Мхитарян К. Э. Оценка грамотности врачей акушеров-гинекологов ПМСП в вопросах рационального питания беременных женщин и кормящих матерей. ....	9
Ахметова С. В., Еремичева Г. Г. Рациональность рекомендаций медицинского персонала ПМСП по срокам и видам вводимого прикорма. ....	10
Балакирева А. В. Мероприятия первичной профилактики в системе антенатальной охраны здоровья детей. ....	11
Балалаева И. Ю., Швырев А. П., Буданова М. В., Щиряева Л. И., Стольников Т. Г., Евтухова О. В., Курганов А. Ю. Влияние индекса массы тела на состояние почек у подростков с инсулинзависимым сахарным диабетом. ....	12
Балко О. А. Течение <i>H. pylori</i> -ассоциированного хронического гастродуоденита у детей: конституциональные особенности. ....	13
Бахметьев А. С., Макарова Я. И., Курсаченко А. С. Флотирующая интима сонной артерии у детей. Ранний дебют атеросклероза? ....	14
Безлер Ж. А., Дмитрачкова О. В., Бомберова Л. А. Нарушение нутритивного статуса у паллиативных пациентов. ....	15
Белозерова О. В., Бабаев Э. Б. оглы, Баракова А. Н. Компьютерные технологии в помощь врачу и родителю: калькулятор рациона питания грудных детей PROGPROG. ....	16
Белошицкий Г. В., Королева И. С., Королева М. А. Заболеваемость пневмококковым менингитом в 2018 году среди детей в возрасте до 5 лет на территории Российской Федерации. ....	17
Беляева И. А., Баранов А. А., Молодченков А. И. Оценка эффективности различной методологии абилитации маловесных недоношенных младенцев с сочетанной перинатальной патологией. ....	18
Беляева И. А., Баранов А. А., Молодченков А. И. Прединдикторы неблагоприятных исходов перинатальной патологии у крайне незрелых недоношенных детей. ....	19
Беседина М. В., Зайцева О. В., Зайцева Н. С., Стрига Е. В., Турищев И. В. Роль педиатра в диагностике орфанных заболеваний. ....	20
Бойцова Е. А., Косенкова Т. В., Зазерская И. Е., Новикова В. П., Гурина О. П., Блинов А. Е., Варламова О. Н., Лаврова О. В. Цитокиновый статус пуповинной крови у детей, рожденных от матерей, страдающих бронхиальной астмой. ....	21
Боровкова В. Н., Свобода П. Н., Примак А. А., Гришанова К. А., Анисимов Д. С., Богормистрова В. А. Функциональные показатели воспитанников учреждений социальной сферы для несовершеннолетних, занимавшихся спортивной деятельностью. ....	22
Бритикова Е. А., Липатова Е. С., Торбина О. И., Ганина Е. С. Формирование гидроцефалии у преждевременно рожденных детей. ....	23
Бриткова Т. А., Брызгалова Т. Д., Никитина Н. И., Кулева А. Г. Эффективность внедрения инновационных технологий в детской поликлинике. ....	24
Булычева Е. В., Сетко И. А. Особенности физического развития у учащихся с задержкой умственного развития. ....	25
Бурлакова П. В., Хохлова Н. А., Григорьева М. Д., Тихонова А. А., Шестакова В. Н., Грибков А. А. Особенности акцентуации темперамента и характера воспитанников учреждений социальной сферы для несовершеннолетних. ....	26

<i>Бурлуцкая А. В., Гурина Е. С., Коробкина О. Г.</i> Психосоциальные аспекты нарушения функции мочевого пузыря у детей .....	27
<i>Бурлуцкая А. В., Коробкина О. Г., Гурина Е. С., Кубина В. А.</i> Физическое развитие детей с паратрофией .....	28
<i>Бурлуцкая А. В., Мамян Э. В.</i> Вакцинопрофилактика детей грудного возраста в г. Краснодаре .....	29
<i>Бурлуцкая А. В., Махрова И. А., Райкина Е. Н., Цей С. М.</i> Катамнез больных с гипопизарным нанизмом. ...	30
<i>Бурлуцкая А. В., Полянский А. В.</i> Особенности иммунологического профиля подростков, больных хроническим вирусным гепатитом С: компенсаторная недостаточность антибактериальной резистентности .....	31
<i>Бурлуцкая А. В., Савельева Н. В., Коробкина О. Г.</i> Физическое развитие и группы здоровья у дошкольников Краснодара .....	32
<i>Бурлуцкая А. В., Статова А. В., Шадрин С. А.</i> Охват иммунизацией дошкольников Краснодара .....	33
<i>Буторина Н. В., Иванова Е. Ю., Гуреева В. Н.</i> Анализ диагностики и лечения детей с аутовоспалительными заболеваниями в Удмуртской Республике .....	34
<i>Ваземиллер О. А., Голубенко Н. К., Аксанова Р. Х., Салмина А. Б., Емельяничук Е. Ю.</i> Оксид азота и тропонин I у недоношенных новорожденных детей с транзиторной ишемией миокарда .....	35
<i>Варламова Т. В., Истомина А. Н., Хомякова Е. В.</i> Клинический случай аутоиммунного гепатита у ребенка 10 лет. ....	36
<i>Варламова Т. В., Никитин С. С., Истомина А. Н., Хомякова Е. В.</i> Ювенильный полипоз толстой кишки (синдром Вейля) .....	37
<i>Варламова Т. В., Уквальберг М. Е., Хомякова Е. В.</i> Синдром Морриса .....	38
<i>Вахлова И. В., Федотова Г. В., Боронина Л. Г.</i> Кальпротектин и микробиота кишечника у детей, перенесших оперативное лечение кишечника на первом году жизни .....	39
<i>Владимирова Ю. В.</i> Дети с ожирением на фоне коморбидной патологии. Возможности терапии и профилактики .....	40
<i>Власенко Н. Ю., Павлинова Е. Б., Захаров И. Л., Пилипенко Л. С., Юдицкая Т. А.</i> Роль взаимодействия врачебных и пациентских ассоциаций на примере детской диабетологической службы Омской области. ....	41
<i>Власенко Н. Ю., Юнацкая Т. А., Турчанинов Д. В.</i> Оценка фактического питания детей с сахарным диабетом 1-го типа .....	42
<i>Воронина Е. Н., Скворцова М. А., Скворцова Д. А.</i> Оценка фактического питания и физического развития художественных гимнасток школьного возраста .....	43
<i>Гавеля Е. Ю., Рогинский В. В., Надточий А. Г., Котлукова Н. П., Мустафина Ф. Н.</i> Диагностика и высокотехнологичные методы лечения детей с сосудистыми поражениями головы и шеи .....	44
<i>Гаджиева У. К., Гидаятова Л. А., Мамедова Ф. М., Гасанов А. Г.</i> Ошибки при диагностике и тактика течения мезаденита у детей в Азербайджанской Республике .....	45
<i>Галькевич Н. В., Змитрович А. И., Мащиц В. Д.</i> Осложнения ветряной оспы у детей .....	46
<i>Гараева С. З. гызы, Гасангулиева Г. М. гызы, Маммадова М. Н. гызы</i> Частота инфекций верхних дыхательных путей у детей дошкольного возраста. ....	47
<i>Гараева С. З. гызы, Маммадова А. А. гызы</i> Нейросенсорная тугоухость при внутриутробных инфекциях .....	48
<i>Геллер С. И., Камилова А. Т., Умарназарова З. Е., Султанходжаева Ш. С., Худоерова З. С.</i> Клинико-диагностическое значение фекального кальпротектина и $\beta$ -дефензина 2 у детей с муковисцидозом .....	49
<i>Гидаятова Л. А., Гаджиева У. К., Мамедова Ф. М.</i> Состояние микробиоты кишечника у детей с хеликобактерассоциированной гастродуоденальной патологией в Азербайджанской Республике .....	50
<i>Гирина А. А.<sup>1</sup>, Петровский Ф. И.<sup>1</sup>, Штрак Е. А.<sup>2</sup></i> Анализ потребности в смесях на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот у детей с аллергией к белкам коровьего молока .....	51
<i>Гириш Я. В., Тепляков А. А.</i> Проблема йододефицитных заболеваний: есть ли прогресс? .....	52
<i>Гириш Я. В., Тепляков А. А.</i> Структура патологии щитовидной железы в детской возрастной группе Среднего Приобья .....	53
<i>Глушко Ю. В., Ершова И. Б.</i> Характеристика физического развития детей, воспитывающихся в условиях дома ребенка. ....	54
<i>Гомолко К. А., Шишко Г. А., Артюшевская М. В., Михаленко Е. П., Малышева О. М., Полюхович Ю. В., Мосько П. Л.</i> Полиморфизм генов матриксных металлопротеиназ -2 и -9 у недоношенных новорожденных с замедленным ростом, нарушением питания плода и синдромом дыхательных расстройств. ....	55

<i>Горелко Т. Г., Стасий Е. Д., Горелко В. В., Кулешина Т. М.</i> Диетотерапия детей с атопическим дерматитом, основанная на данных молекулярной диагностики . . . . .	56
<i>Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Калинина М. П.</i> Особенности клинических проявлений опухолей параменингеальной локализации у детей и подростков . . . . .	57
<i>Грачев Н. С., Полев Г. А., Ворожцов И. Н., Морозов И. И.</i> Опыт применения эндоскопической техники в отохирургии у детей . . . . .	58
<i>Грекова А. И., Солдатенков С. В., Шевченко С. С., Соколовская В. В., Жилина Е. А., Смолянкин Н. Н.</i> Клинико-эпидемиологические особенности острых кишечных инфекций бактериальной этиологии у детей . . . . .	59
<i>Гузик Е. О.</i> Карта гигиенической оценки организации образовательного процесса в учреждении общего среднего образования. . . . .	60
<i>Гузик Е. О., Мащенко И. В., Сидукова О. Л.</i> Особенности состояния здоровья учащихся 5–11-х классов г. Минска . . . . .	61
<i>Гусева М. А.</i> Специфика репродуктивного поведения родителей в стрессогенной ситуации онкологического заболевания ребенка. . . . .	62
<i>Дакуко А. Н.</i> Применение современных методов оценки костных тканей у детей с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) . . . . .	63
<i>Дакуко А. Н.</i> Состояние сердечно-сосудистой системы у юных хоккеистов г. Омска. . . . .	64
<i>Джумагазиев А. А., Дадова И. Б., Митлилова П. Н., Безрукова Д. А., Богданьянц М. В.</i> Динамика индекса массы тела у детей первых двух лет жизни, родившихся от женщин с избыточной массой тела и ожирением . . . . .	65
<i>Дзюбич Л. И., Сергеев П. А., Бикейкина Г. П., Раздолькина Т. И., Акашкина Е. Ю., Безбородова О. В., Серезкина Л. Ю., Петракова Г. Н., Начаркина А. В.</i> Анализ результатов ультразвукового постнатального скрининга почек у детей в периоде новорожденности . . . . .	66
<i>Донников М. Ю., Мецержаков В. В., Колбасин Л. Н., Сацук Н. А.</i> Клинический патоморфоз муковисцидоза у детей ХМАО-Югры в условиях проведения неонатального скрининга (2012–2018 гг.) . . . . .	67
<i>Дубровина Ю. В., Рыжий А. П., Алексеева О. С.</i> СУПП в работе детской поликлиники . . . . .	68
<i>Дюмин И. И., Балакирева Е. А.</i> Нозологическая структура патологии у глубококонедоношенных детей по данным Белгородской области . . . . .	69
<i>Егорова В. Б., Скрыбина Е. Н., Ашимжанов М. И.</i> Влияние медико-социальных факторов на здоровье новорожденных детей. . . . .	70
<i>Еникеева Д. Р., Самороднова Е. А., Шаяпова Д. Т.</i> Вспышка микоплазменной инфекции в детском дошкольном учреждении . . . . .	71
<i>Ершова И. Б., Петренко О. В.</i> Анализ назначения антибиотиков при лечении острых бронхитов у детей на догоспитальном этапе . . . . .	72
<i>Ефременкова А. С., Крутикова Н. Ю.</i> Бронхиальная астма и витамин D . . . . .	73
<i>Жетишев Р. А., Бинод Б., Шаваева О. З., Хуламханова А. З., Непеева Л. Э.</i> Влияние географических условий проживания на эритроидную систему ребенка . . . . .	74
<i>Жетишев Р. А., Бинод Б., Шаваева О. З., Хуламханова А. З., Непеева Л. Э.</i> Влияние традиционного вегетарианства на эритроидную систему ребенка. . . . .	75
<i>Жилина Е. А., Грекова А. И., Соколовская В. В., Шевченко С. С., Смолянкин Н. Н.</i> Клинико-эпидемиологические особенности аденовирусной инфекции у детей. . . . .	76
<i>Журавлева Л. Н., Новикова В. И.</i> Прогностическое значение концентрации белка клеток Клара при бронхолегочной дисплазии у недоношенных новорожденных . . . . .	77
<i>Завьялов О. В.</i> Оптимизация респираторной терапии у новорожденных детей с экстремально низкой массой тела в раннем неонатальном периоде . . . . .	78
<i>Засим Е. В.</i> Дисфункция миокарда у детей с синдромом WPW . . . . .	79
<i>Засим Е. В., Кадочкин В. О., Гончарик Д. Б.</i> Клинико-электрофизиологические особенности синдрома WPW в детском возрасте . . . . .	80
<i>Змановская В. А., Бунькова С. А., Буторина М. Н., Данков Д. М., Харламова Н. Н., Кокорина А. А., Тулякова Л. В.</i> Развитие системы регистрации и наблюдения детей с ДЦП в Тюменской области (СРUP — Тюменская область) . . . . .	81
<i>Ильина А. Я., Ахалова Е. А., Мищенко А. Л., Баринова А. С., Рыгалова А. Д., Соловьева И. В., Дубовец Н. Ф., Кашин В. Н., Побединская О. С.</i> Неонатальный тромбоз. Современные подходы к оценке показателей коагулограммы у новорожденных детей с врожденными факторами тромботического риска . . . . .	82

<i>Казанцева А. В., Ануфриева Е. В.</i> Современные подходы к оценке качества медицинской помощи учащимся колледжей. . . . .	83
<i>Казанцева А. В., Ануфриева Е. В.</i> Тенденции изменения состояния здоровья подростков Свердловской области. . . . .	84
<i>Калистратов И., Стасий Е., Горелко Т.</i> Изменение качества жизни у детей школьного возраста, страдающих атопическим дерматитом . . . . .	85
<i>Камилова А. Т., Геллер С. И., Умарназарова З. Е., Абдуллаева Д. А., Султанходжаева Д. А.</i> Значение провоспалительных цитокинов при синдроме мальабсорбции у детей . . . . .	86
<i>Камилова А. Т., Умарназарова З. Е., Абдуллаева Д. А., Султанходжаева Ш. С., Геллер С. И.</i> Некоторые аспекты поражения органов пищеварения при муковисцидозе у детей . . . . .	87
<i>Каплиева О. В., Гороховский В. С., Карев А. С., Коваль С. С.</i> Анализ структуры вызовов скорой медицинской помощи к детскому населению города Хабаровска. . . . .	88
<i>Кильдиярова Р. Р., Церава А. Г., Бурмус Т. В.</i> Клинический случай гастроинтестинальной аллергии в 3 месяца жизни . . . . .	89
<i>Ким А. В., Орел В. И.</i> Актуальные проблемы первичной медико-санитарной помощи детям в рамках реализации Национального проекта «Здравоохранение» . . . . .	90
<i>Козаренко В. Г., Зинатулина Т. Н.</i> Случай врожденного изолированного гипоальдостеронизма у младенца . . . . .	91
<i>Козловский А. А., Козловский А. А. (мл.), Козловская Е. О.</i> Врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей у детей Гомельской области . . . . .	92
<i>Козловский А. А., Кравцов Н. С., Просолович А. А.</i> Региональный мониторинг врожденных пороков развития в Гомельской области . . . . .	93
<i>Козловский Д. А.</i> D-витаминный статус диады мать–новорожденный ребенок. . . . .	94
<i>Козловский Д. А., Радченко Н. А., Куц А. Д.</i> Оценка уровня осведомленности современных мам о значении витамина D . . . . .	95
<i>Козьминых Ю. А., Малиненко З. И., Бибалова Н. Р.</i> Ультразвуковое исследование желудка у больных с синдромом срыгивания и рвоты . . . . .	96
<i>Колоколов А. В.</i> Вопросы качества проведения медицинских профилактических осмотров и диспансеризации несовершеннолетних . . . . .	97
<i>Комиссаров Е. Е.</i> Разработка и апробация системы внутренней оценки деятельности персонала при внедрении системы менеджмента качества Росздравнадзора «Качество и безопасность медицинской деятельности» в Челябинской областной детской клинической больнице. . . . .	98
<i>Кондратьева Р. В.</i> Нарушения питания у детей с расстройствами аутистического спектра. . . . .	99
<i>Королева М. А., Грицай М. И.</i> Эпидемиологические особенности менингита, вызванного гемофильной палочкой. . . . .	100
<i>Корсунова Т. Ф., Козаренко В. Г.</i> Медицинское сопровождение детей, рожденных с экстремально низкой массой тела, в условиях детской поликлиники . . . . .	101
<i>Кочерова О. Ю., Антышева Е. Н., Долотова Н. В.</i> Факторы риска частых острых респираторных инфекций у детей раннего возраста через год воспитания в замещающей семье. . . . .	102
<i>Кошмелева М. В., Самойлова Ю. Г., Кобякова О. С., Бразовский К. С., Толмачев И. В., Филиппова Т. А., Сиволобова Т. В.</i> Модель прогнозирования компенсации сахарного диабета 1-го типа на основе индексов вариабельности гликемии при проведении дистанционного мониторинга . . . . .	103
<i>Кравцова И. С., Абрамова Е. Н., Парфенова Т. М.</i> Медико-социальный статус детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции и гепатиту С, поступивших в специализированный дом ребенка Архангельска . . . . .	104
<i>Кравцова И. С., Удачина Е. В., Филимонова А. А., Абрамова Е. Н.</i> Финансово-экономический анализ в период реформирования ГКУЗ АО «Специализированный дом ребенка» г. Архангельска . . . . .	105
<i>Краснопольская А. В., Балыкова Л. А., Самошкина Е. С., Громова Е. В., Щекина Н. В.</i> Липидные нарушения как предиктор раннего атеросклероза у детей с ювенильным артритом. . . . .	106
<i>Кривцова Л. А., Плеханова М. А.</i> Ранняя диагностика туберкулезной инфекции у детей: современный взгляд. . . . .	107
<i>Крючкова А. В., Панина О. А., Дрошнева Т. Н., Фомин Д. И.</i> Эпидемиологическая характеристика менингококковой инфекции на территории Воронежской области . . . . .	108
<i>Кузнецова Л. В., Труханкина З. В.</i> К вопросу о ранних дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника у детей . . . . .	109
<i>Кулакова Г. А., Курмаева Е. А., Соловьева Н. А., Самолина И. В.</i> Причины отказа родителей от профилактических прививок . . . . .	110



Кулешова О. К. Клинико-anamнестические особенности хронического гастродуоденита у детей . . . . .	111
Куликова К. С. Сложности ранней диагностики и лечения гипофосфатемического рахита у детей. Опыт ведения 170 пациентов из России . . . . .	112
Кульмаков С. А., Полунин М. М. Эндоскопическая хирургия уха у детей . . . . .	113
Куртасова Л. М., Швайгерт Т. А., Галактионова М. Ю., Чеснокова Л. Л. Показатели активности НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах периферической крови у часто болеющих детей. . . . .	114
Левитина Е. В., Рахманина О. А., Кельн О. Л., Змановская В. А. Когнитивный статус детей с генетическими генерализованными формами эпилепсии . . . . .	115
Лопушов Д. В., Фазулзянова И. М., Сенек С. А., Зиатдинов А. И. Отношение медицинских работников к вакцинации — важный аспект вакцинопрофилактики . . . . .	116
Майборода В. В., Фокичева Н. Н., Шилина С. А., Калашишникова О. Н., Федосеева Н. Ю., Скобеев И. Г., Майорова Е. В. Проблемы профилактики инфекционных заболеваний среди детей с ОРВИ в Рязанской области . . . . .	117
Макина О. В., Кисельникова О. В., Петрова Н. А., Ларина Е. А., Туз В. В., Щедрова Е. В. Диабетическая полинейропатия у детей . . . . .	118
Макина О. В., Марьина О. И. Аутоиммунный тиреоидит у детей. . . . .	119
Маклакова О. А., Валина С. Л., Кобякова О. А. Особенности состояния здоровья учащихся кадетской школы . . . . .	120
Малеева Н. П., Дмитриева М. К., Кацова Г. Б., Попова Л. В. Некоторые факторы, влияющие на качество работы педиатрической медицинской сестры . . . . .	121
Малиненко З. И., Бибалова Н. Р., Новошинов Г. В. Ультразвуковая диагностика объемного образования брюшной полости у ребенка подросткового возраста: значение в хирургической практике (клинический случай) . . . . .	122
Малиненко З. И., Бибалова Н. Р., Шилов Г. Л. Возможность и эффективность ультразвукового исследования в диагностике патологических процессов брюшной полости в хирургии . . . . .	123
Малиненко З. И., Донцова М. В., Козьминых Ю. А. Возможности эхографии в диагностике и динамическом наблюдении инвагинации кишечника у детей . . . . .	124
Малинина Е. И., Зотова Е. П., Гарагашев Г. Г., Чабанова Н. Б., Ладина И. И. Взаимосвязь патологической гестационной прибавки веса и развития ожирения у детей . . . . .	125
Мальцева Ю. В., Кузнецова Т. А. Взаимодействие с матерями как важное условие оптимизации лечения вирусного гастроэнтерита у детей . . . . .	126
Мамчиц Л. П., Лыскина Н. В. Гигиенические аспекты грудного вскармливания . . . . .	127
Мачнева И. В., Лебедева Е. Н., Афонина С. Н. Особенности содержания грейна в грудном молоке кормящих женщин Оренбургской области . . . . .	128
Мингаирова А. Г., Павлинова Е. Б., Воложанина Е. В., Глущенко Е. А., Томина А. И. Случай диагностики синдрома Ивемарка у ребенка 1 года 3 месяцев . . . . .	129
Мироненко И. И., Колесникова О. И., Сероклинов В. Н., Горобченко В. М. Распространенность ожирения у школьников города Барнаула . . . . .	130
Миронова Н. В., Шаламова Н. И. Исходы гемолитико-уремического синдрома у детей . . . . .	131
Миронова Т. А., Васильцова А. Ю., Сафаралиева С. А., Богданова Е. А., Куликова С. М., Аникина А. А. Качество жизни детей подросткового возраста, попавших в трудную жизненную ситуацию . . . . .	132
Мирутко Д. Д., Волкова О. Н., Былинский Н. Н., Строгий В. В. Состояние питания и жирнокислотного состава у детей с кардиальными факторами риска . . . . .	133
Михайловская Е. Г., Яшкова Л. В., Иго О. Л., Соколов А. Л. Единственный желудочек сердца . . . . .	134
Мощенко Ю. П., Сапотницкий А. В. Особенности структуры врожденных пороков сердца у детей и подростков города Барановичи в 2011–2019 годах . . . . .	135
Муреева Е. Н., Панина О. С., Черненко Ю. В., Сказкина В. В., Киселев А. Р. Особенности вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы у новорожденных . . . . .	136
Мусаев С. Н., Мамедова С. Н. Трудности диагностики периодической болезни у детей . . . . .	137
Намазова А. А. кызы, Мамедова Ф. М. кызы, Гасанов А. Г. оглы, Гидаятова Л. А. кызы, Мамедов С. Б. оглы Диастолическая дисфункция левого желудочка у детей с гипермобильностью суставов. . . . .	138
Намазова-Баранова Л., Шпеер Е., Хабиб А., Повей М., Денисов М., Ковширина Ю., Решетко О., Романенко В., Щербаков М., Таточенко В., Касабона Д. Клиническая эффективность и напряженность иммунного ответа после вакцинации живой аттенуированной вакциной, содержащей вирус ветряной оспы: результаты десятилетнего клинического исследования с участием российских детей . . . . .	139

Науменко Е. И., Самошкина Е. С., Зюбина Е. А., Матюшкина В. А. Особенности репродуктивной системы у девочек с нарушением менструального цикла . . . . .	140
Нестерович О. Н., Поликарпов Р. В., Шин В. Ф. Анализ осведомленности девочек-подростков 9–11-х классов школ г. Ростова-на-Дону о теме репродуктивного здоровья в проекте «Репродуктивное здоровье девочек — гарантия здоровья нации» . . . . .	141
Нечаев В. Н., Черненко Ю. В., Эйберман А. С. Врожденные пороки развития новорожденных . . . . .	142
Никитин С. С., Гусева Н. Б., Уквальберг М. Е. Уретро-вагинальный рефлюкс у детей . . . . .	143
Никитин С. С., Сергеева Т. А. Особенности «батурной» травмы у детей . . . . .	144
Никитин С. С., Сергеев В. Е., Сергеева Т. А. Компрессионные переломы позвоночника у детей . . . . .	145
Николаева К. И., Савченко Н. В., Уфимцева М. А., Подымова А. С., Струин Н. Л. Методы профилактики дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем, среди детей социально уязвимых групп . . . . .	146
Новикова В. И., Журавлева Л. Н. Концентрация кателицидина LL-37 при респираторных нарушениях у недоношенных новорожденных . . . . .	147
Овчинникова О. В., Сенькевич О. А. Нейрофизиологический статус глубоконедоношенных детей в 12 месяцев скорректированного возраста . . . . .	148
Окунев Н. А., Бегоулова Е. Г., Беляева Н. А., Окунева А. И., Чепайкина Т. В. Гинекологическая патология у детей, находящихся на лечении в отделении патологии новорожденных . . . . .	149
Орел В. И., Ким А. В., Гурьева Н. А., Носырева О. М., Орел В. В. Динамика детской инвалидности в Санкт-Петербурге . . . . .	150
Орлова Е. В., Дудникова Э. В., Чернова М. С., Водопьянов С. А., Юнак Л. Н., Карагезян Л. М., Гасанова Ш. А. кызы, Астен А. А. Искусственные нейронные сети как метод прогнозирования риска формирования ДЦП . . . . .	151
Очирова П. В. Хирургическое лечение деформаций позвоночника у пациентов с различными типами мукополисахаридоза . . . . .	152
Павловец М. В., Прилуцкая В. А., Пискун Т. А., Гончарик А. В. Влияние показателей липидного обмена у женщин с избыточной массой тела и ожирением на антропометрические и гормональные параметры новорожденных . . . . .	153
Павловская О. Г., Чолоян С. Б., Трикоменас Н. Н. Региональные особенности младенческой смертности . . . . .	154
Павловская О. Г., Чолоян С. Б., Трикоменас Н. Н., Екимов А. К. Возрастные особенности формирования эндокринной патологии у детей . . . . .	155
Паршина Т. С., Балыкова Л. А., Самошкина Е. С., Краснопольская А. В., Шелпакова И. А., Кузьмичев И. А., Савосина А. В. Синдром удлинённого интервала QT в педиатрической практике . . . . .	156
Пермякова А. В., Дерюшева А. Ю. О диагностике острой цитомегаловирусной инфекции у детей . . . . .	157
Петрова А. И., Гаймоленко И. Н. Иммунологические маркеры острого обструктивного бронхита у детей дошкольного возраста . . . . .	158
Петрова И. Н., Коваленко Т. В., Каракулина Е. Ю., Попова Н. Н., Никифорова С. В. Остеопения недоношенных у детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении . . . . .	159
Печуева О. А., Меренкова У. И., Ткачук М. И., Мебелова И. И., Высоцкая Я. В., Зарипова Ю. Р. Маневр мобилизации альвеол при врожденной пневмонии и синдроме аспирации мекония . . . . .	160
Пискун Т. А., Егорова Н. Ю., Прилуцкая В. А. К вопросу о роли витамина Д в профилактике рахита . . . . .	161
Пискунова С. Г., Орлова Е. В., Юнак Л. Н., Волченкова О. Ю., Тамп М. А., Михайленко И. А. Использование методики Новиковой-Иванцовой Т. Н. «Формирование ритмико-мелодико-интонационной основы языка» у детей с тяжелыми речевыми нарушениями в дневном стационаре медицинской реабилитации . . . . .	162
Поликарпова И. И., Анфиногенова М. Д., Тарасова В. Д., Касаткина А. Я. Особенности детей, рожденных с экстремально низкой массой тела . . . . .	163
Поликарпова И. И., Косинская И. В., Касаткина А. Я., Осокина Е. С. Клинический случай врожденной цитомегаловирусной инфекции . . . . .	164
Пономарева Н. А., Кузнецова О. Н., Донникова Н. А., Тихонова Н. Н., Веснина Н. Ф., Козленко А. А. Клинический случай врожденной эпилептической энцефалопатии в сочетании с мукополисахаридозом II и VI типов . . . . .	165
Пономарева Н. А., Кузнецова О. Н., Тихонова Н. Н., Донникова Н. А., Веснина Н. Ф. Клинический случай генетической эпилепсии вследствие дупликации участка короткого плеча хромосомы 16-16p11.2 с фармрезистентным течением . . . . .	166

Попова И. В., Беляков В. А., Токарев А. Н., Колмогорцева С. В. Частота выявления <i>Helicobacter pylori</i> у детей с хронической крапивницей . . . . .	167
Порецкова Г. Ю., Печуров Д. В., Тяжева А. А. Системный подход к оценке состояния здоровья школьников: наблюдение в период адаптации к обучению . . . . .	168
Почивалов А. В., Панина О. А., Круглая И. А. Характеристика острых ларингитов у детей с дисплазией соединительной ткани . . . . .	169
Прилуцкая В. А., Павловец М. В., Скрипленок Т. Н. Результаты эхокардиографического обследования новорожденных детей от матерей с сахарным диабетом 1-го типа с учетом уровня гликированного гемоглобина . . . . .	170
Протасова Т. А., Ангырбан М. И., Чернюк О. С. Опыт применения омализумаба у детей с тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмой в Кемеровской области . . . . .	171
Пузанкова Н. В., Кузнецова Т. А., Кукушкин Д. В. Ожирение и коморбидные состояния у школьников . . . . .	172
Пшеничная Е. В., Тонких Н. А., Усенко Н. А. Диагностика причин синкопе у детей с применением методики постнагрузочного ортостаза . . . . .	173
Рахмаева Р. Ф., Камалова А. А., Аюпова В. А. Анализ компонентного состава тела в диагностике нутритивных нарушений у детей с детским церебральным параличом . . . . .	174
Реицков Д. А. Ахондроплазия: диагностические маркеры жизнеугрожающих состояний. . . . .	175
Рогинский В. В. Прощай, гемангиома! . . . . .	176
Ройтберг Г. Е., Морозова Е. В., Эбич А. В. Применение пятишаговой модели мотивирования в первичном звене здравоохранения при решении вопроса о вакцинировании детей. . . . .	177
Рослова З. А., Орел В. В. Особенности медико-социального сопровождения детей-инвалидов в условиях детской поликлиники . . . . .	178
Рыжий А. П. Детский сад для «сладких» детей . . . . .	179
Рычкова С. В., Ведяшкина М. С. Поражение сердца при нейроинфекциях у детей . . . . .	180
Рязанова Т. А., Трунова Ю. А. Клинический случай реноваскулярной артериальной гипертензии у новорожденного . . . . .	181
Сависько А. А., Гончаров С. Г., Мясников С. П. Оценка эффективности лечения и профилактики атопического дерматита у детей в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения. . . . .	182
Сависько А. А., Пятницкая С. А., Синельникова А. Г. Соблюдение современных подходов к профилактике и коррекции недостаточности витамина D у детей . . . . .	183
Савчук Д. В., Шин В. Ф., Теплякова Е. Д. Гормональный профиль у детей с метаболическим синдромом . . . . .	184
Салова М. Н., Рунова О. С., Силкина Н. Н. Новые подходы к оказанию реабилитационной помощи детям в условиях реализации проекта «Бережливая поликлиника» . . . . .	185
Самороднова Е. А., Сахабетдинов Б. А. Значение семейного питания для формирования здоровья ребенка . . . . .	186
Самохвал О. В. Возможности ультразвуковой диагностики хронического тонзиллита у детей с гипертрофией миндалин . . . . .	187
Сафина Э. Р. Компонентный состав тела у детей с воспалительными заболеваниями кишечника. . . . .	188
Севастьянова Т. А., Бобошко И. Е. Состояние здоровья подростков 16–17 лет, имеющих социальное неблагополучие, и дифференцированные подходы к их медико-социальному сопровождению . . . . .	189
Семенова Н. Ю., Белкина А. К. Особенности проведения по зрительным путям у детей с дислексией по данным зрительных вызванных потенциалов мозга . . . . .	190
Сергеева Е. В., Ни А., Приходченко Н. Г., Зернова Е. С., Быкова О. Г., Шишацкая С. Н. Значение зонулина в патогенезе развития инфекции мочевыводящих путей у детей грудного и раннего возраста. . . . .	191
Сероклинов В. Н., Колесникова О. И., Мироненко И. И., Горбченко В. М., Никонов А. М., Цыпченко О. В., Таскина Н. И., Даулетова Я. А., Курдеко И. В., Лазарева Е. В., Боронина С. Н. Популяционная частота муковисцидоза у детей алтайского края по результатам неонатального скрининга за период с 2007 по 2019 г. . . . .	192
Сетко Н. П., Булычева Е. В., Жданова О. М. К вопросу об оценке психологического портрета современного учителя образовательных учреждений как способа повышения качества школьного образования . . . . .	193
Сетко Н. П., Булычева Е. В., Жданова О. М. Характеристика некогнитивных функций, ассоциированных с академической успеваемостью, у одаренных учащихся . . . . .	194
Сетко Н. П., Булычева Е. В., Жданова О. М. Особенности формирования умственной работоспособности обучающихся образовательных организаций инновационного типа в условиях различного уровня напряженности учебного процесса . . . . .	195



Сетко Н. П., Булычева Е. В., Сетко А. Г. Проблема развития фаббинга у студентов в условиях современного цифрового образовательного пространства .....	196
Сибиря О. Ф., Игнатьева А. В. Бронхиальная проходимость при врожденных пороках сердца у детей .....	197
Ситник Н. Г., Шишко Г. А., Артюшевская М. В., Сухарева А. П., Михаленко Е. П., Малышева О. М., Качан С. Э. Роль полиморфных вариантов генов <i>SFPTD</i> у недоношенных новорожденных с врожденной пневмонией .....	198
Слуцкий С. И., Каракозова Н. Г., Каторкин В. И., Кетова Т. С., Гордиенко Л. В., Шаповалов К. А. Организационные и экономические результаты первого года объединения детских поликлиник г. Сыктывкара путем объединения .....	199
Сокольников Я. А., Кравцова И. С. Изучение мотивации персонала ГКУЗ АО «Специализированный дом ребенка» города Архангельска .....	200
Стасий Е., Горелко Т., Кулешин Т., Нику О., Таранец И. Причинные факторы развития многоформной эксудативной эритемы у детей .....	201
Стерхова Е. В., Симанова Т. В. Патоморфоз врожденных пороков легких у детей Удмуртской республики .....	202
Ступина М. Ю., Сетко Н. П. Особенности уровня тревожности и познавательной активности обучающихся в учреждениях среднего профессионального образования .....	203
Суетина И. Г., Иллек Я. Ю., Хлебникова Н. В. Оценка полноты и своевременности проведения вакцинопрофилактики в рамках национального календаря профилактических прививок (НКПП) у детей первого и второго года жизни в г. Кирове .....	204
Султанходжаева Ш. С. Клинические особенности течения аллергического энтероколита у детей .....	205
Сутовская Д. В., Дубова Л. В., Крылова Д. Р. Изучение иммунопрофилактики коклюшной инфекции бесклеточной вакциной и ее переносимость у детей старше 4 лет в г. Краснодаре .....	206
Темноева Л. А., Кахидов А. М., Докишковых И. М., Темноев Н. М. Психологическая реабилитация детей с задержкой психоречевого развития с аутическим спектром .....	207
Толстова Е. М., Зайцева Н. С., Зайцева О. В., Беседина М. В., Ефимова Е. В., Радимова Е. Р., Ионова Е. А., Изотова С. А. Респираторные нарушения у ребенка с множественными пороками развития .....	208
Триль В. Е., Бурлуцкая А. В., Тетенкова А. А., Литвинская М. А. Современные аспекты метаболической кардиомиопатии в детской популяции .....	209
Трунова Ю. А., Рязанова Т. А., Варанкин Е. И. Клинический случай врожденного порока сердца и высокой легочной гипертензии у ребенка 14 лет с синдромом Нунан .....	210
Турдиева Ш. Т. Роль энтеральной оксигенотерапии при оздоровлении детей с хронической гастродуоденальной патологией .....	211
Турти Т. В., Беляева И. А., Намазова-Баранова Л. С. Анализ модифицируемых факторов риска нарушений церебрального статуса среди новорожденных детей с крайне и очень низкой массой тела .....	212
Турти Т. В., Беляева И. А., Намазова-Баранова Л. С., Бакович Е. А. Обоснование включения клинических, лабораторно-инструментальных методов в стандарт медицинской помощи детям, родившимся крайне и очень маловесными на третьем этапе выхаживания .....	213
Устюжанин А. В., Чистякова Г. Н., Ремизова И. И. Бактериологическое исследование содержимого трахеобронхиального аспирата у новорожденных детей в отделении реанимации и интенсивной терапии .....	214
Федько Н. А., Журначева Э. Г., Иваницкая Е. В., Галимова О. И., Джанибекова А. С. Нарушения ритма сердца и проводимости у детей первого года жизни с врожденными пороками сердца .....	215
Филькина О. М., Воробьева Е. А., Малышкина А. И. Информированность подростков — основа формирования их репродуктивного здоровья .....	216
Филькина О. М., Воробьева Е. А., Малышкина А. И., Арехова Заза-Бика Ф. Медико-социальная характеристика матерей, родивших детей от одноплодной беременности после различных методов ЭКО .....	217
Фомичева Т. П., Дубровская Т. А., Гирина А. А. Редкие заболевания в практике педиатра: гипофосфатазия, клинический случай .....	218
Халидуллина О. Ю., Петрушина А. Д., Ушакова С. А., Кайб И. Д. Симуляционное обучение в неотложной педиатрии .....	219
Хамзаев К. А. Прогнозирование применения стероидсберегающих средств при идиопатическом нефротическом синдроме у детей .....	220

Хамзаев К. А., Шаикрамов Ш. Ш., Ахматалиева М. Клинические характеристики и исход острого постинфекционного гломерулонефрита у детей . . . . .	221
Хан М. А., Тальковский Е. М., Смирнов А. Н. Применение кондукционной криотерапии и чрескожной электронейростимуляции при хроническом запоре у детей . . . . .	222
Хизяпова Т. П., Кухарева Т. Д., Зарипова Ю. Р. Анализ обращений граждан по профилю «педиатрия» на примере детской поликлиники . . . . .	223
Хорошева Е. Ю., Горохова Н. Е., Кожевникова Л. А., Серокурова Е. В., Беляева Е. В., Некрасов Д. В., Волох Е. В., Финицких С. Л. Клинические особенности воспалительных заболеваний кишечника у детей г. Тюмени . . . . .	224
Хорошева Е. Ю., Храмова Е. Б., Курочкина О. Н., Фадеева А. В., Горохова Н. Е., Тропина Е. Т., Чеховская О. Ю. Микоплазменная инфекция у детей: клинические аспекты . . . . .	225
Хосомоева С. С., Гусев С. М., Галактионова М. Ю., Чеснокова Л. Л. Факторы риска метаболического синдрома и физическое развитие школьников . . . . .	226
Хоха Р. Н., Васьюко Т. П., Рачковская И. Е., Сергеев Э. Г. Сенсибилизация к аллергенам домашних животных у детей с аллергией . . . . .	227
Цимбалова О. В. Современные тенденции в комплексном подходе в сопровождении детей с избыточным весом и ожирением с позиции врачей педиатра, эндокринолога и диетолога на базе детского центра здоровья . . . . .	228
Цимбалова О. В., Попелюк С. В. Практика участия детского центра здоровья в формировании ответственности и активной позиции семьи в сохранении и улучшении здоровья . . . . .	229
Цукарева Е. А. Гигиеническая оценка пищевой ценности рационов питания в общеобразовательных школах г. Смоленска . . . . .	230
Ченцов Д. В., Смирнова В. И., Орел О. В., Силиди И. Ю. Опыт внедрения бережливого производства в детских поликлиниках Санкт-Петербурга . . . . .	231
Чернышева Н. В., Молочный В. П., Копачевская К. А. Первичная заболеваемость детей Хабаровского края . . . . .	232
Чичерин Л. П., Михальская Е. В. Есть ли будущее у отделений медико-социальной помощи детских поликлиник? . . . . .	233
Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Трикоменас Н. Н., Екимов А. К. Анализ семидневного графика работы детской поликлиники для повышения качества и доступности медицинской помощи детям . . . . .	234
Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Трикоменас Н. Н., Екимов А. К. Анализ круглосуточной работы службы неотложной медицинской помощи на базе детской поликлиники . . . . .	235
Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Трикоменас Н. Н., Екимов А. К. Особенности работы в системе ОМС медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детям . . . . .	236
Чудакова Т. К., Кандрина А. М., Грищенко А. А. Этиологическая структура острых респираторных инфекций у госпитализированных детей г. Саратова в 2018 году. . . . .	237
Шаповалов К. А., Каракозова Н. Г., Петрова И. В., Канева Л. Н., Смирнова Т. В., Озерова И. В. Организация периодической внутренней экспертизы амбулаторного сопровождения пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи в городской детской поликлинике . . . . .	238
Шаповалов К. А., Шаповалова Л. А. Особенности дидактики учебной темы «Терроризм» в детской, подростковой и юношеской аудитории . . . . .	239
Шаповалов К. А., Шаповалова Л. А. Основы дидактики учебной темы «Первая помощь при несчастных случаях на воде и утоплении» в школьной и подростковой аудитории . . . . .	240
Шаповалов К. А., Шаповалова Л. А., Забоева М. В., Чичерова О. П., Клочкова М. С., Нелипович Н. М., Саитова О. Ю. Результаты медицинских осмотров детей и подростков для выполнения нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» в городской детской поликлинике регионального центра субарктической территории в 2016–2019 гг. . . . .	241
Шапошникова А. Ф. Особенности витаминной недостаточности у детей с расстройствами аутистического спектра. . . . .	242
Шарипов А. М., Файзахметова Ф. О. кизи Стероидная терапия тяжелой IgA-нефропатии у детей . . . . .	243
Шатохина Н. С., Бойков С. А., Асекретова Т. В., Корхмазова С. А., Мурашкина О. Е. Наблюдение пациентов первых трех лет жизни с синдромом Корнелии де Ланге . . . . .	244
Шахова Н. В. Сывороточный периостин — биомаркер бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста. . . . .	245

<i>Шахова Н. В.</i> Уровень сывороточного периостина у детей с положительным и отрицательным предиктивным индексом астмы и у их здоровых сверстников . . . . .	246
<i>Шашель В. А., Бишенова А. А.</i> Особенности питания детей школьного возраста . . . . .	247
<i>Шашель В. А., Бишенова А. А.</i> Влияние факторов риска на развитие железодефицитной анемии у детей первого года жизни . . . . .	248
<i>Шимченко Е. В., Клещенко Е. И., Каюмова Д. А., Кулагина М. Г., Комаров А. Ф., Литвинская М. А.</i> Особенности нутритивной реабилитации у детей с тяжелым перинатальным поражением головного мозга. . . . .	249
<i>Шин В. Ф., Мушегян Ж. Г., Зазьян А. В.</i> Применение иммунохроматографического экспресс-теста на грипп у детей . . . . .	250
<i>Широкова А. А., Балыкова Л. А., Ивянский С. А., Варлашина К. А., Глотов А. С., Солдатов О. М.</i> Артериальная гипертензия у молодых атлетов — возможные ассоциации . . . . .	251
<i>Шлякова Е. Ю.</i> Наш опыт лечения пациентов с несовершенным остеогенезом . . . . .	252
<i>Шляхтенкова А. Л., Зарипова Ю. Р.</i> Случай коарктации аорты у ребенка первого полугодия жизни . . . . .	253
<i>Шмулевич С. А., Аникеенко А. А., Деева Н. С., Цепочкина А. В., Игишева Л. Н., Шабалдин А. В.</i> Роль полиморфных вариантов HLA-DRB1* TREM-1 в детерминировании инфекционных и неинфекционных осложнений после радикальных операций при спародических врожденных пороках сердца без хромосомных заболеваний . . . . .	254
<i>Шуматова Т. А., Приходченко Н. Г., Зернова Е. С., Сергеева Е. В., Колесникова Е. А.</i> Определение Зонулина в моче у детей раннего возраста с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии . . . . .	255
<i>Шумова А. А., Шумов А. В., Сергеев В. А., Макарова В. И.</i> Эффективность работы педиатрической службы первичного звена здравоохранения . . . . .	256
<i>Щербак В. А., Каргина И. Г., Щербак Н. М.</i> Вариации генов метаболизма костной ткани. . . . .	257
<i>Эпп П. А., Пономарева А. В., Генералова В. П., Зарипова Ю. Р.</i> Основные проблемы детского здравоохранения на примере ГБУЗ «Сеgezская ЦРБ» Республики Карелия . . . . .	258
<i>Юденкова О. А., Крутикова Н. Ю.</i> Взгляд педиатра на проблему обеспеченности витамином D детей, перенесших злокачественные новообразования . . . . .	259
<i>Юшко В. Д., Кожарская Л. Г., Кличан С. И.</i> Нарушения сердечного ритма у детей Минской области . . . . .	260
<i>Яворский К. М., Болотникова В. А., Московчук А. Ф., Шинкаренко И. В., Брумари А. Г.</i> Эпидемиология и современная стратегия профилактики социально значимых заболеваний органов дыхания у детей в республике Молдова . . . . .	261
<i>Якимович Н. И., Мирутко Д. Д., Бахар В. Н.</i> Диагностический поиск при лихорадках у детей . . . . .	262
<i>Яценко Н. О.</i> Актуальность кабинета молодежного консультирования подростков в свете создания новой модели организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь . . . . .	263

## Часть II

### X Форум детских медицинских сестер

<i>Бобрякова М. С.</i> Особенности медицинской реабилитации, проводимой мобильной мультидисциплинарной бригадой . . . . .	264
<i>Долбиянова О. А.</i> Роль наставничества в адаптации молодых специалистов учреждений здравоохранения . . . . .	265
<i>Жуйкова С. Н.</i> Госпитальная школа-путь к улучшению качества жизни у детей с онкологическими заболеваниями. . . . .	266
<i>Зайцева Н. А.</i> Совершенствование профилактической работы в детской поликлинике. . . . .	267
<i>Зимица В. В.</i> Особенности ухода за новорожденными, находящимися на ВЧ ИВЛ . . . . .	268
<i>Казакова М. А., Кошкина В. В.</i> Анализ взаимосвязи личностных характеристик, здоровья и качества жизни медицинских сестер в отделениях интенсивной терапии новорожденных . . . . .	269
<i>Ковалева Е. Н., Ефимова Н. В.</i> Реабилитационный подход в становлении локомоторных функций у детей специализированного дома ребенка . . . . .	270
<i>Красноперева Е. В.</i> Особенности сестринского ухода за недоношенными детьми в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии . . . . .	271
<i>Лебедева М. А.</i> Пациентоориентированные формы оказания сестринской помощи детям с паллиативными состояниями в домашних и стационарных условиях. . . . .	272

---

<i>Логинова Л. В.</i> Усовершенствование процесса вакцинопрофилактики неорганизованного населения в детской поликлинике . . . . .	273
<i>Мусатова Ю. В., Балакирева А. В.</i> Пути повышения удовлетворенности беременных женщин информированием по вопросам антенатальной охраны здоровья детей . . . . .	274
<i>Пивоварова Т. Б.</i> Наставничество — новый взгляд на старый опыт . . . . .	275
<i>Савельева А. Ю., Попова Н. Н.</i> Грудное вскармливание как основа развития здорового ребенка . . . . .	276
<i>Сергеева Я. А.</i> Значимость КОС (кислотно-основное состояние) в неонатологии. Как избежать преаналитических ошибок». СОП «Забор крови на КОС у новорожденных» . . . . .	277
<i>Толокнова М. О., Балакирева А. В.</i> Приверженность взрослого населения к вакцинации детей . . . . .	278
<i>Чебурина А. Н., Шекина К. А.</i> Телемедицина: эффективно, удобно, доступно . . . . .	279
<i>Юринская Е. С.</i> Роль медицинской сестры при оказании паллиативной помощи детям . . . . .	280

## АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абдуллаева Г. М. 2  
Абдуллаева Д. А. 86, 87  
Абдуллаева Н. Ш. 3  
Абольян Л. В. 4  
Абрамова Е. Н. 104, 105  
Акашкина Е. Ю. 66  
Аксанова Р. Х. 35  
Аксенов Н. А. 5  
Алдибекова Г. И. 6  
Алексеева О. С. 68  
Алискандиева З. А. 7  
Алискандиев А. М. 7  
Ангырбан М. И. 171  
Аникеенко А. А. 254  
Аникина А. А. 132  
Анисимов Д. С. 22  
Антышева Е. Н. 102  
Ануфриева Е. В. 83, 84  
Анфиногенова М. Д. 163  
Арехова Заза-Бика Ф. 217  
Арсланова А. Ю. 7  
Артюшевская М. В. 55, 198  
Асекретова Т. В. 244  
Астен А. А. 151  
Афолина С. Н. 128  
Ахалова Е. А. 82  
Ахматалиева М. 8, 221  
Ахметова С. В. 9, 10  
Ашимжанов М. И. 70  
Аюпова В. А. 174  
Бабаев Э. Б. оглы 16  
Бакович Е. А. 213  
Балакирева А. В. 11, 274, 278  
Балакирева Е. А. 69  
Балалаева И. Ю. 12  
Балко О. А. 13  
Балькова Л. А. 106, 156, 251  
Баракова А. Н. 16  
Баранов А. А. 18, 19  
Баринова А. С. 82  
Бахар В. Н. 262  
Бахметьев А. С. 14  
Бегоулова Е. Г. 149  
Безбородова О. В. 66  
Безлер Ж. А. 15  
Безрукова Д. А. 65  
Белкина А. К. 190  
Белозерова О. В. 16  
Белошицкий Г. В. 17  
Беляева Е. В. 224  
Беляева И. А. 18, 19, 212, 213  
Беляева Н. А. 149  
Беляков В. А. 167  
Беседина М. В. 20, 208  
Бибалова Н. Р. 96, 122, 123  
Бикейкина Г. П. 66  
Бинод Б. 74, 75  
Бишенова А. А. 247, 248  
Блинов А. Е. 21  
Бобошко И. Е. 189  
Бобрякова М. С. 264  
Бобырева А. С. 9  
Богданова Е. А. 132  
Богданьянц М. В. 65  
Богормистрова В. А. 22  
Бойков С. А. 244  
Бойцова Е. А. 21  
Болотникова В. А. 261  
Бомберова Л. А. 15  
Боровкова В. Н. 22  
Боронина Л. Г. 39  
Боронина С. Н. 192  
Бразовский К. С. 103  
Бритикова Е. А. 23  
Бриткова Т. А. 24  
Брумари А. Г. 261  
Брызгалова Т. Д. 24  
Буданова М. В. 12  
Булычева Е. В. 25, 193, 194, 195, 196  
Бунькова С. А. 81  
Бурлакова П. В. 26  
Бурлуцкая А. В. 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 209  
Бурмус Т. В. 89  
Буторина М. Н. 81  
Буторина Н. В. 34  
Быкова О. Г. 191  
Былинский Н. Н. 133  
Ваземиллер О. А. 35  
Валина С. Л. 120  
Варанкин Е. И. 210  
Варламова О. Н. 21  
Варламова Т. В. 36, 37, 38  
Варлашина К. А. 251  
Васильцова А. Ю. 132  
Васько Т. П. 227  
Вахлова И. В. 39  
Ведяшкина М. С. 180  
Веснина Н. Ф. 165, 166  
Владимирова Ю. В. 13, 40  
Власенко Н. Ю. 13, 41, 42  
Водопьянов С. А. 151  
Волкова О. Н. 133  
Вологжанина Е. В. 129  
Волох Е. В. 224  
Волченскова О. Ю. 162  
Воробьева Е. А. 216, 217  
Ворожцов И. Н. 57, 58  
Воронина Е. Н. 43  
Высоцкая Я. В. 160  
Гавеля Е. Ю. 44  
Гаджиева У. К. 45, 50  
Гаймоленко И. Н. 158  
Галактионова М. Ю. 114, 226  
Галимова О. И. 215  
Галькевич Н. В. 46  
Ганина Е. С. 23



- Гарагашев Г. Г. 125  
Гараева С. З. гызы 47, 48  
Гасангулиева Г. М. гызы 47  
Гасанов А. Г. 45, 138  
Гасанова Ш. А. кызы 151  
Геллер С. И. 49, 86, 87  
Генералова В. П. 258  
Гидаятова Л. А. 45, 50, 138  
Гирина А. А. 51, 218  
Гирш Я. В. 52, 53  
Глотов А. С. 251  
Глушко Ю. В. 54  
Глуценко Е. А. 129  
Голубенко Н. К. 35  
Гомолко К. А. 55  
Гончарик А. В. 153  
Гончарик Д. Б. 80  
Гончаров С. Г. 182  
Гордиенко Л. В. 199  
Горелко В. В. 56  
Горелко Т. Г. 56, 85, 201  
Горобченко В. М. 130, 192  
Горохова Н. Е. 224, 225  
Гороховский В. С. 88  
Грачев Н. С. 57, 58  
Грекова А. И. 59, 76  
Грибков А. А. 26  
Григорьева М. Д. 26  
Грицай М. И. 100  
Гришанова К. А. 22  
Грищенко А. А. 237  
Громова Е. В. 106  
Гузик Е. О. 60, 61  
Гуреева В. Н. 34  
Гурина Е. С. 27, 28  
Гурина О. П. 21  
Гурьева Н. А. 150  
Гусева М. А. 62  
Гусева Н. Б. 143  
Гусев С. М. 226  
Дадова И. Б. 65  
Дакинова Л. Н. 4  
Дакуко А. Н. 63, 64  
Данков Д. М. 81  
Даулетова Я. А. 192  
Деева Н. С. 254  
Денисов М. 5, 139  
Дерюшева А. Ю. 157  
Джанибекова А. С. 215  
Джумагазиев А. А. 65  
Дзюбич Л. И. 65, 66  
Дмитрачкова О. В. 15  
Дмитриева М. К. 121  
Докшочков И. М. 207  
Долбиянова О. А. 265  
Долотова Н. В. 102  
Донникова Н. А. 165, 166  
Донников М. Ю. 67  
Донцова М. В. 124  
Дрошнева Т. Н. 108  
Дубова Л. В. 206  
Дубовец Н. Ф. 82  
Дубровина Ю. В. 68, 220  
Дубровская Т. А. 218  
Дудникова Э. В. 151  
Дюмин И. И. 69  
Евтухова О. В. 12  
Егорова В. Б. 70  
Егорова Н. Ю. 161  
Екимов А. К. 155, 234, 235, 236  
Емельянчик Е. Ю. 35  
Еникеева Д. Р. 71, 220  
Еремичева Г. Г. 10  
Ершова И. Б. 54, 72  
Ефимова Е. В. 208  
Ефимова Н. В. 270  
Ефременкова А. С. 73  
Жданова О. М. 193, 194, 195  
Жетишев Р. А. 74, 75  
Жилина Е. А. 59, 76  
Журавлева Л. Н. 77, 147  
Забоева М. В. 241  
Завьялов О. В. 78  
Зазерская И. Е. 21  
Зазьян А. В. 250  
Зайцева Н. А. 266, 267  
Зайцева Н. С. 20, 208  
Зайцева О. В. 20, 208  
Зарипова Ю. Р. 160, 223, 253, 258  
Засим Е. В. 79, 80, 250  
Захаров И. Л. 41  
Зернова Е. С. 191, 255  
Зиатдинов А. И. 116  
Зиминова В. В. 268  
Зинатулина Т. Н. 91  
Змановская В. А. 81, 115  
Змитрович А. И. 46  
Зотова Е. П. 125  
Зурначева Э. Г. 215  
Зюбина Е. А. 140  
Иваницкая Е. В. 215  
Иванова Е. Ю. 34  
Ивянский С. А. 251  
Игишева Л. Н. 254  
Игнатьева А. В. 197  
Иго О. Л. 134  
Изотова С. А. 208  
Израилов М. И. 7  
Иллех Я. Ю. 204  
Ильина А. Я. 82  
Ионова Е. А. 208  
Истомина А. Н. 36, 37  
Кадочкин В. О. 80  
Казакова М. А. 269  
Казанцева А. В. 83, 84  
Кайб И. Д. 219  
Калашникова О. Н. 117  
Калинина М. П. 57  
Калистратов И. 85  
Камалова А. А. 174

- Камилова А. Т. 49, 86, 87, 185, 231  
Кандрина А. М. 237  
Канева Л. Н. 238  
Каплиева О. В. 88  
Карагезян Л. М. 151  
Каракозова Н. Г. 199, 238  
Каракулина Е. Ю. 159  
Каргина И. Г. 257  
Карев А. С. 88  
Касабона Д. 139  
Касаткина А. Я. 163, 164  
Каторкин В. И. 199  
Кахидов А. М. 207  
Кацова Г. Б. 121  
Качан С. Э. 198  
Кашин В. Н. 82  
Каюмова Д. А. 249  
Кельн О. Л. 115  
Кетова Т. С. 199  
Кильдиярова Р. Р. 89  
Ким А. В. 150  
Киселев А. Р. 136  
Кисельникова О. В. 118  
Клещенко Е. И. 249  
Кличан С. И. 260  
Клочкова М. С. 241  
Кобякова О. А. 120  
Кобякова О. С. 103  
Ковалева Е. Н. 270  
Коваленко Т. В. 159  
Коваль С. С. 88  
Ковширина Ю. 139  
Кожарская Л. Г. 260  
Кожевникова Л. А. 224  
Козаренко В. Г. 91, 101  
Козленко А. А. 165  
Козловская Е. О. 92  
Козловский А. А. 90, 92, 93  
Козловский Д. А. 90, 94, 95  
Козьминых Ю. А. 96, 124  
Кокорина А. А. 81  
Колбасин Л. Н. 67  
Колесникова Е. А. 255  
Колесникова О. И. 130, 192  
Колмогорцева С. В. 167  
Колоколов А. В. 89, 97  
Комаров А. Ф. 249  
Комиссаров Е. Е. 98  
Копачевская К. А. 232  
Коробкина О. Г. 27, 28, 32  
Королева И. С. 17  
Королева М. А. 17, 99, 100  
Корсунова Т. Ф. 101  
Корхмазова С. А. 244  
Косенкова Т. В. 21  
Косинская И. В. 164  
Котлукова Н. П. 44  
Кочерова О. Ю. 102  
Кошкина В. В. 269  
Кошмелева М. В. 103  
Кравцова И. С. 104, 105, 200  
Кравцов Н. С. 93  
Красноперова Е. В. 271  
Краснопольская А. В. 106, 156  
Кривцова Л. А. 107  
Круглая И. А. 169  
Крутикова Н. Ю. 73, 259  
Крылова Д. Р. 206  
Крючкова А. В. 106, 108  
Кубина В. А. 28  
Кузнецова Л. В. 109  
Кузнецова О. Н. 165, 166  
Кузнецова Т. А. 126, 172  
Кузьмичев И. А. 156  
Кукушкин Д. В. 172  
Кулагина М. Г. 249  
Кулакова Г. А. 110, 220  
Кулеева А. Г. 24  
Кулешина Т. М. 56  
Кулешин Т. 201  
Кулешова О. К. 111  
Куликова К. С. 112, 271  
Куликова С. М. 132  
Кульмаков С. А. 113  
Курганов А. Ю. 12  
Курдеко И. В. 192  
Курмаева Е. А. 110  
Курочкина О. Н. 225  
Курсаченко А. С. 14  
Куртасова Л. М. 114  
Кухарева Т. Д. 223  
Куц А. Д. 95  
Лаврова О. В. 21  
Ладина И. И. 125  
Лазарева Е. В. 192  
Ларина Е. А. 118  
Лебедева Е. Н. 128  
Лебедева М. А. 272  
Левитина Е. В. 115  
Липатова Е. С. 23  
Литвинская М. А. 209, 249  
Логонова Л. В. 273  
Лопушов Д. В. 116  
Лыскина Н. В. 127  
Майборода В. В. 117  
Майорова Е. В. 117  
Макарова В. И. 256  
Макарова Я. И. 14  
Макина О. В. 118, 119  
Малеева Н. П. 120, 121  
Малиненко З. И. 96, 122, 123, 124, 202  
Малинина Е. И. 125  
Малышева О. М. 55, 198  
Малышкина А. И. 216, 217  
Мальцева Ю. В. 126  
Мамедова С. Н. 137  
Мамедова Ф. М. 45, 50, 138  
Мамедов С. Б. оглы 138  
Маммадова А. А. гызы 48  
Маммадова М. Н. гызы 47



- Мамчиц Л. П. 127  
Мамян Э. В. 29  
Марьина О. И. 119  
Матюшкина В. А. 140  
Махачев С. М. 7  
Махрова И. А. 30  
Мачнева И. В. 128  
Мащенко И. В. 61  
Мащиц В. Д. 46  
Мебелова И. И. 160  
Меренкова У. И. 160  
Мещеряков В. В. 67  
Мингаирова А. Г. 129  
Мироненко И. И. 130, 192  
Миронова Н. В. 131  
Миронова Т. А. 132  
Мирутко Д. Д. 133, 206, 262  
Митлилова П. Н. 65  
Михайленко И. А. 162  
Михайловская Е. Г. 134  
Михаленко Е. П. 55, 198  
Михальская Е. В. 233  
Мищенко А. Л. 82  
Молодченков А. И. 18, 19  
Молочный В. П. 232  
Морозова Е. В. 177  
Морозов И. И. 58  
Московчук А. Ф. 261  
Мосько П. Л. 55  
Мурашкина О. Е. 244  
Муреева Е. Н. 135, 136  
Мусаев С. Н. 137  
Мусатова Ю. В. 274  
Мустафина Ф. Н. 44  
Мушегян Ж. Г. 250  
Мхитарян К. Э. 9  
Мясников С. П. 182  
Надточий А. Г. 44  
Намазова А. А. кызы 138  
Намазова-Баранова Л. С. 139, 207, 212, 213  
Начаркина А. В. 66  
Некрасов Д. В. 224  
Нелипович Н. М. 241  
Непеева Л. Э. 74, 75  
Нестерович О. Н. 140, 141  
Нечаев В. Н. 142  
Ни А. 191  
Никитина Н. И. 24  
Никитин С. С. 37, 143, 144, 145  
Никифорова С. В. 159  
Николаева К. И. 146  
Никонов А. М. 192  
Нику О. 201  
Новикова В. И. 77, 147  
Новикова В. П. 21  
Новошинов Г. В. 122  
Носырева О. М. 150  
Озерова И. В. 238  
Окунева А. И. 149  
Окунев Н. А. 148, 149  
Орел В. В. 150, 178  
Орел В. И. 90, 150  
Орел О. В. 231  
Орлова Е. В. 151, 162  
Осокина Е. С. 164  
Очирова П. В. 152  
Павлинова Е. Б. 41, 129  
Павловец М. В. 153, 170, 231  
Павловская О. Г. 154, 155, 234, 235, 236  
Панина О. А. 108, 169  
Панина О. С. 136  
Парфенова Т. М. 104  
Паршина Т. С. 156  
Пермякова А. В. 157  
Петракова Г. Н. 66  
Петренко О. В. 72  
Петрова А. И. 158  
Петрова И. В. 238  
Петрова Н. А. 118  
Петровский Ф. И. 51  
Петрушина А. Д. 219  
Печкуров Д. В. 168  
Печуева О. А. 159, 160  
Пивоварова Т. Б. 275  
Пилипенко Л. С. 41  
Пискунова С. Г. 162  
Пискун Т. А. 153, 161  
Плеханова М. А. 107  
Побединская О. С. 82  
Повей М. 139  
Подымова А. С. 146  
Полев Г. А. 58  
Поликарпова И. И. 163, 164  
Поликарпов Р. В. 141  
Полунин М. М. 113  
Полухович Ю. В. 55  
Полянский А. В. 31  
Пономарева А. В. 258  
Пономарева Н. А. 165, 166  
Попелюк С. В. 229  
Попова Л. В. 121  
Попова Н. Н. 159, 276  
Порецкова Г. Ю. 168, 207  
Почивалов А. В. 169  
Прилуцкая В. А. 153, 161, 170  
Примак А. А. 22  
Приходченко Н. Г. 191, 255  
Просолович А. А. 93  
Протасова Т. А. 167, 171  
Пузанкова Н. В. 172  
Пшеничная Е. В. 173  
Пятницкая С. А. 183  
Радимова Е. Р. 208  
Радченко Н. А. 95  
Раздолькина Т. И. 66  
Райкина Е. Н. 30  
Рахмаева Р. Ф. 174  
Рахманина О. А. 115  
Рачковская И. Е. 227  
Ремизова И. И. 214

- Решетко О. 139  
Рециков Д. А. 130, 175  
Рогинский В. В. 44, 176  
Ройтберг Г. Е. 177  
Романенко В. 139  
Рослова З. А. 178  
Рунова О. С. 185  
Рыгалова А. Д. 82  
Рыжий А. П. 68, 179, 185  
Рычкова С. В. 180  
Рязанова Т. А. 181, 210  
Савельева А. Ю. 276  
Савельева Н. В. 32  
Сависько А. А. 182, 183  
Савосина А. В. 156  
Савченко Н. В. 146  
Савчук Д. В. 184  
Саитова О. Ю. 241  
Салмина А. Б. 35  
Салова М. Н. 185  
Самойлова Ю. Г. 103  
Самолина И. В. 110  
Самороднова Е. А. 71, 186  
Самохвал О. В. 187, 211  
Самошкина Е. С. 106, 140, 156  
Сапотницкий А. В. 135  
Сафаралиева С. А. 132  
Сафина Э. Р. 188  
Сахабетдинов Б. А. 186  
Сацук Н. А. 67  
Свобода П. Н. 22  
Севастьянова Т. А. 189, 220  
Семенова Н. Ю. 190, 209  
Сенек С. А. 116  
Сенькевич О. А. 148  
Сергеева Е. В. 191, 255  
Сергеева Т. А. 144, 145  
Сергеева Я. А. 277  
Сергеев В. А. 256  
Сергеев В. Е. 145  
Сергеев П. А. 66  
Сергеюк Э. Г. 227  
Сережкина Л. Ю. 66  
Сероклинов В. Н. 130, 192  
Серокурова Е. В. 224  
Сетко А. Г. 196  
Сетко И. А. 25  
Сетко Н. П. 193, 194, 195, 196, 203, 221  
Сибера О. Ф. 197  
Сиволобова Т. В. 103  
Сидукова О. Л. 61  
Силиди И. Ю. 231  
Силкина Н. Н. 185  
Симанова Т. В. 202  
Синельникова А. Г. 183  
Ситник Н. Г. 198  
Сказкина В. В. 136  
Скворцова Д. А. 43  
Скворцова М. А. 43  
Скобеев И. Г. 117  
Скрипленок Т. Н. 170  
Скрябина Е. Н. 70  
Слуцкий С. И. 199  
Смирнова В. И. 231  
Смирнов А. Н. 222  
Смирнова Т. В. 238  
Смолянкин Н. Н. 59, 76  
Соколов А. Л. 134  
Соколовская В. В. 59, 76  
Сокольникова Я. А. 200  
Солдатенков С. В. 59  
Солдатов О. М. 251  
Соловьева И. В. 82  
Соловьева Н. А. 110  
Стасий Е. Д. 56, 85, 201  
Статова А. В. 33  
Стерхова Е. В. 250  
Стольников Т. Г. 12  
Стрига Е. В. 20  
Строгий В. В. 133  
Струин Н. Л. 146  
Ступина М. Ю. 203  
Суетина И. Г. 204  
Султанходжаева Д. А. 86  
Султанходжаева Ш. С. 49, 87, 202, 205  
Сутовская Д. В. 206  
Сухарева А. П. 198  
Тальковский Е. М. 222  
Тамп М. А. 162  
Таранец И. 201  
Тарасова В. Д. 163  
Таскина Н. И. 192  
Таточенко В. 139  
Теммояева Л. А. 207  
Теммоев Н. М. 207  
Тепляков А. А. 52, 53  
Теплякова Е. Д. 184  
Тетенкова А. А. 209  
Тихонова А. А. 26  
Тихонова Н. Н. 165, 166  
Ткачук М. И. 160  
Токарев А. Н. 167  
Толмачев И. В. 103  
Толокнова М. О. 278  
Толстова Е. М. 208  
Томина А. И. 129  
Тонких Н. А. 173  
Торбина О. И. 23  
Трикоменас Н. Н. 154, 155, 234, 235, 236  
Триль В. Е. 209  
Тропина Е. Т. 225  
Трунова Ю. А. 181, 210  
Труханкина З. В. 109  
Туз В. В. 118  
Тулякова Л. В. 81  
Турдиева Ш. Т. 211  
Турищев И. В. 20  
Турти Т. В. 212, 213  
Турчанинов Д. В. 42  
Тяжева А. А. 168

- Удачина Е. В. 105  
Уквальберг М. Е. 38, 143  
Умарназарова З. Е. 49, 86, 87  
Умнова Э. Э. 4  
Усенко Н. А. 173  
Устюжанин А. В. 214  
Уфимцева М. А. 146  
Ушакова С. А. 219  
Фадеева А. В. 225  
Фазулзянова И. М. 116  
Файзахметова Ф. О. кизи 243  
Федосеева Н. Ю. 117  
Федотова Г. В. 39  
Федько Н. А. 215  
Филимонова А. А. 105  
Филиппова Т. А. 103  
Филькина О. М. 216, 217, 220  
Финицких С. Л. 224  
Фокичева Н. Н. 117  
Фомин Д. И. 108  
Фомичева Т. П. 218  
Хабиб А. 139  
Халидуллина О. Ю. 219  
Хамзаев К. А. 8, 220, 221  
Хан М. А. 222  
Харламова Н. Н. 81  
Хизяпова Т. П. 223  
Хлебникова Н. В. 204  
Хомякова Е. В. 36, 37, 38  
Хорошева Е. Ю. 224, 225  
Хосомоева С. С. 226  
Хоха Р. Н. 227  
Хохлова Н. А. 26  
Храмова Е. Б. 225  
Худоерова З. С. 49  
Хуламханова А. З. 74, 75  
Цверава А. Г. 89  
Цей С. М. 30  
Цепокина А. В. 254  
Цимбалова О. В. 228, 229  
Цукарева Е. А. 230  
Цыпченко О. В. 192  
Чабанова Н. Б. 125  
Чебурина А. Н. 279  
Ченцов Д. В. 231  
Чепайкина Т. В. 149  
Черненко Ю. В. 136, 142  
Чернова М. С. 151  
Чернышева Н. В. 232  
Чернюк О. С. 171  
Чеснокова Л. Л. 114, 226  
Чеховская О. Ю. 225  
Чистякова Г. Н. 214  
Чичерин Л. П. 220, 233  
Чичерова О. П. 241  
Чолоян С. Б. 154, 155, 234, 235, 236  
Чудакова Т. К. 237  
Шабалдин А. В. 254  
Шаваева О. З. 74, 75  
Шадрин С. А. 33  
Шаикрамов Ш. Ш. 221  
Шаламова Н. И. 131  
Шаповалова Л. А. 239, 240, 241  
Шаповалов К. А. 199, 238, 239, 240, 241  
Шапошникова А. Ф. 242  
Шарипов А. М. 243  
Шатохина Н. С. 244  
Шахова Н. В. 231, 245, 246  
Шашель В. А. 247, 248  
Шаяпова Д. Т. 71  
Швайгерт Т. А. 114  
Швырев А. П. 12  
Шевченко С. С. 59, 76  
Шелпакова И. А. 156  
Шестакова В. Н. 26  
Шилина С. А. 117  
Шилов Г. Л. 123  
Шимченко Е. В. 249  
Шин В. Ф. 141, 184, 250  
Шинкаренко И. В. 261  
Широкова А. А. 251  
Ширяева Л. И. 12  
Шипацкая С. Н. 191  
Шишко Г. А. 55, 198  
Шлякова Е. Ю. 252  
Шляхтенкова А. Л. 253  
Шмулевич С. А. 217, 254  
Шпеер Е. 139  
Штрак Е. А. 51  
Шуматова Т. А. 255  
Шумова А. А. 256  
Шумов А. В. 256  
Щедрова Е. В. 118  
Щекина К. А. 279  
Щекина Н. В. 106  
Щербак В. А. 257  
Щербак Н. М. 257  
Щербаков М. 139  
Эбич А. В. 177  
Эйберман А. С. 142  
Эпп П. А. 258  
Юденкова О. А. 259  
Юдицкая Т. А. 41  
Юнак Л. Н. 151, 162  
Юнацкая Т. А. 42  
Юринская Е. С. 280  
Юшко В. Д. 260  
Яворский К. М. 261  
Якимович Н. И. 262  
Якушин А. С. 5  
Яценко Н. О. 263  
Яшкова Л. В. 134

# Жизненно важные лекарства должны быть доступны всем



## АПАЗОВ АЛЕКСАНДР ДМИТРИЕВИЧ

Кандидат фармацевтических наук, доцент, академик Международной академии информатизации, Президент Союза «Национальная фармацевтическая палата», Президент АО «Фармимэкс»



### Компания АО «Фармимэкс»

(правопреемник Главного аптечного управления Минздрава СССР, а затем России) **более 70 лет** представлена на Российском и зарубежном фармацевтических рынках.

### Основные направления деятельности «Фармимэкс»:

хранение и поставка лекарственных средств в соответствии с требованиями GDP, производство инновационной биотехнологической продукции в соответствии с требованиями GMP.

### Цели и задачи

- Приоритетное обеспечение учреждений здравоохранения жизненно важными лекарственными препаратами надлежащего качества
- Обеспечение пациентов с орфанными заболеваниями необходимыми лекарственными препаратами
- Развитие систем оптовой дистрибуции и розничной торговли в регионах Российской Федерации
- Стратегическое партнерство с международными и российскими производителями фармацевтической и биотехнологической продукции
- Выпуск биотехнологической продукции

С 1997 года АО «Фармимэкс» — один из ключевых поставщиков лекарств в государственном заказе. С середины 2000-х — ведет проекты по собственной разработке лекарственных средств. В 2014 году — начато производство лекарственных препаратов, тем самым мы охватываем все виды деятельности на фармацевтическом рынке.

### Преимущества «Фармимэкс»:

«Фармимэкс» входит в тройку крупнейших фармацевтических дистрибьюторов на рынке государственных закупок. Победитель конкурса «Лучший поставщик 2018 года» в рамках Всероссийского Форума-выставки «ГОСЗаказ»

- Наличие собственных площадей, мощностей и ресурсов в основных сегментах фармацевтического рынка — производстве, дистрибуции и рознице
- Долгосрочный успешный опыт партнерства с мировыми лидерами фармацевтической отрасли
- Адресная доставка лекарств от производителя до конечного потребителя в необходимых количествах и в установленные сроки, персонифицированная товаропроводящая цепочка
- Присутствие филиалов и представительств компании в большинстве субъектов РФ
- Высокие этические стандарты ведения бизнеса и следование международным антикоррупционным требованиям. Репутация надежного партнера для медицинских организаций и пациентов



### Препараты для лечения детей и взрослых:

- Пентаксин
- Траклир ДТ
- Наглазим
- Солирис
- Афинитор
- Октагам
- Иларис
- Элапраза
- Револейд
- Вилате
- Куван
- Завеска



## Глубокоуважаемые коллеги!



ОБЩЕСТВО  
ДЕТСКИХ  
ДЕРМАТОЛОГОВ

### Приглашаем Вас вступить в общество детских дерматологов!

Общество детских дерматологов является ассоциированным членом Союза педиатров России и Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Вступив в общество детских дерматологов, Вы становитесь частью глобального сообщества специалистов, работающих над научной и практической составляющей современной дерматологии детского возраста.

#### Профессиональное членство позволит Вам:

- быть в курсе последних новостей в области детской дерматологии;
- своевременно знакомиться с результатами клинических исследований новых лекарственных средств, применяемых в детской дерматологии;
- иметь возможность прямого общения с коллегами в режиме чата, обмениваться личным опытом и получать экспертный совет в разрешении Ваших сложных клинических случаев;
- иметь доступ к прослушиванию регулярных вебинаров на актуальные темы о заболеваниях кожи, волос и ногтей в детском возрасте от ведущих специалистов нашей страны и Европейского общества детских дерматологов;
- иметь возможность накапливать дополнительные баллы НМО;
- иметь доступ к образовательным материалам российских и зарубежных специалистов;
- получать уведомления о текущих конгрессах, научно-практических проектах, посвященных детской дерматологии.

Для того чтобы стать членом общества детских дерматологов, Вам необходимо пройти простую процедуру бесплатной регистрации на сайте [www.pediatric-dermatology.ru](http://www.pediatric-dermatology.ru).

**Не пропустите важные события в Вашей профессиональной жизни, успеете вступить в общество детских дерматологов уже сегодня.**

Президент МОО  
«Общество детских дерматологов», д.м.н., профессор

**Н.Н. Мурашкин**

