

VI

МОСКОВСКИЙ
ГОРОДСКОЙ СЪЕЗД
ПЕДИАТРОВ
С МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫМ
И МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ

«ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ В ПЕДИАТРИИ»

13–15 октября 2020 года | online-pediatr.ru

СБОРНИК
ТЕЗИСОВ



НАРУШЕНИЯ СИНТЕЗА ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

**Абдулманова З.А., Таран Н.Н., Матинян И.А., Багаева М.Э.,
Строкова Т.В., Павловская Е.В., Зубович А.И., Байдакова Г.В.,
Пашкова И.Е.**

Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова,

Введение. Нарушения синтеза желчных кислот (НСЖК) – группа редких заболеваний с аутосомно-доминантным типом наследования, связанных с нарушением образования желчи и накоплением токсичных метаболитов, приводящих к прогрессирующему синдрому холестаза, нарушению всасывания жиров и жирорастворимых витаминов, фиброзу и циррозу печени в раннем возрасте. Совершенствование диагностических тестов, в первую очередь биохимических и молекулярно-генетических, позволяет выявить заболевание на ранних стадиях и определить лечебную тактику. Цель работы. Продемонстрировать опыт и результаты патогенетического лечения нарушения синтеза первичных желчных кислот.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось два ребенка с генетически подтвержденным диагнозом НСЖК. Проводили комплекс общеклинических, биохимических, молекулярно-генетических методов обследования, патогенетическую терапию.

Результаты. Случай № 1. Мальчик от 1-й беременности на фоне ангиопатии сетчатки, носительства цитомегаловируса, вируса простого герпеса. Появление желтухи на 3 день жизни (гемолитическая болезнь новорожденных АВ0). В 1 мес. уровень аспартатаминотрансферазы (АСТ) 157 ЕД/л, аланинаминотрансферазы (АЛТ) 61, щелочной фосфатазы (ЩФ) – 2030 ЕД/л, ГГТ – 48 ЕД/л, общего билирубина 185 мкмоль/л, прямого – 123 мкмоль/л. Печень +4 см, селезенка +1 см из-под края реберной дуги. Госпитализирован с диагнозом холестатического гепатита, получал инфузионную терапию, урсодезоксихолевую кислоту (УДХК). В 3 мес. резкое ухудшение состояния – нарастание гипербилирубинемии, коагулопатии, печеночной недостаточности. Диагностированы сепсис, поликистоз почек, проводилась антибактериальная, противовирусная, инфузионная терапия, переливание компонентов крови, УДХК – с положительной динамикой. При подготовке к трансплантации печени получены результаты генетического исследования – мутации в гене *CYP7B1*, ассоциированные с дефектами синтеза желчных кислот. Для консервативного лечения направлен в клинику ФИЦ питания и биотехнологии. При осмотре – дефицит массы тела тяжелой степени (SDS массы тела = -3,56), гепатоспленомегалия. Выявлены липопроteinемия, гипохолестеринемия, гипогликемия в утренние часы (2,9 ммоль/л), снижение уровня сывороточного железа (6,2 мкмоль/л), компенсированный метаболический ацидоз, гипокоагуляция. Получал лечение: смесь Неокейт LCP; среднепочечные триглицериды, жирорастворимые витамины, УДХК, антациды, пробиотики, препараты железа. На фоне терапии отмечена положительная динамика массы тела (+1000 г за 20 дней), купирование метаболического ацидоза и гипогликемии, нормализация показателей свертываемости крови. С 1 г 4 мес. начата патогенетическая заместительная терапия препаратом холевой кислоты по 50 мг/сут. На фоне терапии в течение 5 мес. состояние удовлетворительное, синдром холестаза купирован, печень и селезенка нормальных размеров, дефицита массы тела нет. Случай № 2. Девочка от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в 1-м триместре, гипертонусом матки. В 2 года – снижение аппетита, нарастание желтухи, темная моча, эпизод гипохолического стула. При

госпитализации печень +3-3,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Выявлены анемия (гемоглобин 84 г/л), гипербилирубинемия (67,80 мкмоль/л) за счет прямой фракции (62,55 мкмоль/л), синдром цитолиза – АЛТ/АСТ 232/146 ЕД/л. ГГТ-25 ЕД/л, ЩФ-331 ЕД/л, протромбиновый индекс 59%, МНО 1,67, исключены вирусные гепатиты. Подтвержден поликистоз почек. Проведено исследование мочи: выявлены изменения характерные для недостаточности 3-бета-гидрокси-дельта-5-С27-стероиддегидрогеназы (НСЖК с мутацией в гене *HSD387*). В клинике ФИЦ питания и биотехнологии с 2 лет начата консервативная патогенетическая заместительная терапия холевой кислотой по 100 мг/сут. В течение 5 мес. состояние с положительной динамикой, синдром холестаза купирован, активность трансаминаз в норме, печень и селезенка не выступают из-под края реберной дуги. Выводы. Представленные наблюдения соответствуют дефицитам ферментов оксистерол-7 α -гидроксилаза (мутация в гене *CYP7B1*) и 3-бета-гидрокси-дельта-5-С27-стероиддегидрогеназы (мутация в гене *HSD387*). Характерными признаками заболевания являются гепатоспленомегалия, синдром цитолиза, синдром холестаза (повышение билирубина за счет прямой фракции при нормальных показателях ГГТ), нарушения липидного обмена. На фоне патогенетической терапии препаратом холевой кислоты отмечается нормализация измененных показателей.

РОЛЬ МИКРОРНК АССОЦИИРОВАННЫХ С АТЕРОГЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ СОЛИДНЫХ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ

Абрамов А.А., Петриченко А.В., Неудахин Е.В., Иванова Н.М.
Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва

Введение. При онкологических заболеваниях наблюдается комплекс патологических процессов, в том числе формирование нарушений атерогенного характера. Ряд микроРНК, контролируя синтез липопротеинов высокой и низкой плотности, гомеостаз холестерина и активность фагоцитоза, ассоциированы с развитием атерогенных нарушений.

Целью исследования является изучение изменений уровней экспрессии атерогенных и антиатерогенных экзосомальных микроРНК при развитии онкологических заболеваний у детей.

Материалы и методы. В исследовании принимало участие 80 пациентов с солидными опухолями в возрасте от 5 до 17 лет (основная группа) у 30 из которых наблюдались рецидивы заболевания. Выделения экзосом проводилось с помощью ультрацентрифугирования (1,5 ч 100 000 г) из 500 мкл плазмы крови, выделение микроРНК проводили методом адсорбции на колонках с последующим центрифугированием, после чего проводили реакцию обратной транскрипции тотальной микроРНК с получением кДНК. Определение экзосомальных микроРНК (*mir-21*, *mir-24*, *mir-125*, *mir-126*, *mir-145*, *mir-222*, *let-7a*, *let-7b*) проводилось методом ПЦР в режиме реального времени с использованием высокоспецифических праймеров на каждую микроРНК. Уровень экспрессии каждой микроРНК определялся относительно уровня экспрессии микроРНК-16 в каждом отдельном образце, параллельно оценивался уровень свободно циркулирующих микроРНК.

Результаты. Соотношение экзосомальных к свободно циркулирующим микроРНК у пациентов с рецидивами солидных опухолей были повышены для следующих микроРНК (*mir-21/mir-16*, *mir-24/mir-16*, *mir-125/mir-16*), также наблюдалось снижение соотношения экзосомальных к свободно циркулирующим микроРНК (*mir-126/mir-16*, *mir-145/mir-16*, *mir-222/mir-16*, *let-7a/mir-16*, *let-7b/mir-16*). Относительный суммарный уровень экспрессии



атерогенных фракций микроРНК у детей - пациентов с рецидивами солидных опухолей был в 2,5 раза выше, чем в образцах пациентов без рецидивов; в то время как суммарный уровень антиатерогенных микроРНК в 1,85 раз меньше.

Заключение. Уровни атерогенных и антиатерогенных микроРНК позволяют прогнозировать течение солидных опухолей у детей.

РОЛЬ МИКРОРНК В РЕГУЛЯЦИИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА В КЛЕТКАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Абрамов А.А., Ворона Л.Д., Неудахин Е.В., Лукаш Е.Н.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

В последнее время большое внимание уделяется роли микроРНК в развитие патологических процессов. МикроРНК регулируют экспрессию генов на посттранскрипционном уровне, влияя на образование белка, контролируют синтез ферментов и структурных белков. Исследование микроРНК при нарушении энергетического обмена в клетках, происходящие при внутрижелудочковых кровоизлияниях у новорожденных может дать важные биомаркеры, а также позволит выявить ключевые звенья патогенеза с перспективой последующего влияния на них

Цель работы. Определение роли микроРНК в регуляции энергетического обмена в клетках у новорожденных детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 26 пациентов с внутрижелудочковыми кровоизлияниями. Обследовано 26 детей в возрасте от 14 дней до 2 месяцев жизни с различными сроками гестации (недоношенных 65%) с внутричерепными кровоизлияниями. Все пациенты были распределены на 2 группы: 1 – внутрижелудочковые кровоизлияния 1–2 степени (14 детей) 2 – внутрижелудочковые кровоизлияния 3–4 степени (12 детей) Диагнозы устанавливались на основании нейросонографического исследования. Выделение общей микроРНК осуществлялось на колонках из плазмы крови. Определение индивидуальных микроРНК (mir-21, mir-24, mir-125, mir-126, mir-145, mir-222, let-7a, let-7b) проводилось методом ПЦР в режиме реального времени. Полученные данные обработаны с помощью программного обеспечения Microsoft excel-2010. С целью оценки энергетического обмена клеток у всех детей осуществлялся цитохимический анализ активности некоторых митохондриальных ферментов лимфоцитов периферической крови: сукцинатдегидрогеназы, альфа-глицерофосфатдегидрогеназы, лактатдегидрогеназы количественным методом в модификации Р.П. Нарциссова (1986 год) с последующей визуальной морфометрией.

Результаты. По результатам исследования определили корреляции уровней ряда микроРНК с показателями энергетического обмена в клетках у детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями.

ТЯЖЕЛАЯ ОЖОГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ, ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ.

Азовский Д.К., Лекманов А.У., Пилютик С.Ф.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 9 имени Г.Н. Спераского Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Интенсивная терапия детей с ожогами в настоящее время претерпевает определенные преобразования. Довольно часто дети с тяжелыми ожогами поступают в участковые, районные или городские неспециализированные

стационары, зачастую взрослые, на различных этапах оказания первой помощи, где специалисты не имеют достаточного опыта в лечении пациентов с ожогами, особенно детей, что приводит в недооценке или переоценке тяжести состояния, и в свою очередь к ошибкам в тактике интенсивной терапии, развитию ятрогенных осложнений, особенно со стороны проведения инфузионной терапии. Общие принципы оказания помощи пациентам с тяжелыми ожогами врачами первичного звена можно сформулировать следующим образом. ● Детям достаточно ингаляции кислорода во время транспортировки. Дети редко требуют интубации и проведения искусственной вентиляции легких. Исключения могут составлять пациенты с термоингаляционным поражением и дети со сверхкритическими ожогами с длительным (более 120 минут) временем транспортировки. ● Достаточно покрытие области ожога чистой простыней и одеялом, что уменьшает боль и сохраняет ребенка в тепле. Обработка и перевязка ожоговых ран в догоспитальном периоде не рекомендуется

● Необходима максимально быстрая эвакуация ребенка в больницу. Необходимо свести к минимуму вмешательств, задерживающие транспортировку. ● У детей нет необходимости в проведении инфузионной терапии при времени медицинской эвакуации до 2 часов. Пациентам со сверхкритическими ожогами и длительным временем транспортировки может потребоваться инфузионная терапия. Внутривенное введение препаратов необходимо применять исключительно в случаях сердечно-легочной реанимации. ● Препаратами первой линии для купирования болевого синдрома являются исключительно наркотические анальгетики внутривенно. Внутримышечное введение может быть неэффективным или непредсказуемым у детей с ожогами. ● На этапе ожидания бригады скорой помощи рекомендуется охлаждение ожоговой поверхности водой комнатной температуры в течение 20 минут непосредственно после травмы. Максимально ранняя транспортировка на специализированный этап лечения создает предпосылки для индивидуализации лечебного алгоритма у пострадавших с тяжелой термической травмой с использованием расширенного инвазивного и неинвазивного мониторинга. Время перевода на специализированный этап лечения, не увеличивает риск смерти после термического повреждения. На госпитальном этапе применение методов расширенного мониторинга гемодинамики с использованием эхокардиографии, доплерографии, инвазивных методик позволяет контролировать состояние кровообращения на фоне проводимого лечения и вносить своевременные изменения в сценарий терапии. В настоящее время показано, что использование классической формулы Parkland, с учетом физиологической потребности, при расчете инфузионной терапии у детей приводит к перегрузке жидкостью, развитию синдрома капиллярной утечки, а в наиболее тяжелых случаях развитию ОРДС. В нашей клинике, как и ведущих клиниках за рубежом изменился подход к проведению интенсивной терапии у данной категории пациентов. Это стало результатом, как собственных наблюдений, так и публикаций авторитетных иностранных авторов. Внедрение в рутинную клиническую практику расширенного мониторинга гемодинамики, как инвазивного (транспульмональная термодилуция и анализ контура пульсовой волны, так и неинвазивного (трансторакальная доплерография), более глубокое теоретическое понимание процессов перераспределения жидкости в организме, переосмысление модели Франка-Старлинга, открытие функции эндотелиального гликокаликса – все это способствовало поиску новых методик и алгоритмов в интенсивной терапии детей с обширными ожогами. В первую очередь коррекции подвергается объем, состав и способы введения жидкости в первые часы после травмы. Слаженная работа стационаров различного уровня, служб экстренной медицинской помощи и медицинской эвакуации позволяют обеспечить качественное оказание медицинской помощи на всех этапах, что в сочетании с персонализированной концепцией интенсивной терапии с применением расширенного мониторинга гемодинамики позволит удерживать показатели в пределах физиологических интервалов без развития шока, несмотря на достаточно обширные повреждения

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ

Анцупова М.А., Острейков И.Ф., Коройд В.В., Гетманченко Ю.Г., Чурносова М.А., Насекин М.В., Толасов К.Р., Ивахненко Ю.И., Козлов А.Я., Гадомский И.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения Москвы»; Кафедра анестезиологии, реаниматологии и токсикологии детского возраста, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Москва

В начале марта 2020 года администрация ДГКБ им. З.А. Башляевой начала подготовку больницы к приему детей с новой коронавирусной инфекцией. Была расширена до 12 коек реанимация для инфекционных больных, также были организованы по одному блоку интенсивной терапии в каждом инфекционном отделении больницы. Были организованы блоки интенсивной терапии на 6 коек для оказания медицинской помощи новорожденным, родившимся от матерей с новой коронавирусной инфекцией. На территории оперблока были организованы палаты для оказания интенсивной терапии и реанимации на 12 коек. Все палаты для оказания интенсивной терапии и реанимационной помощи детям, поступающим с новой коронавирусной инфекцией, были оснащены всем необходимым оборудованием, расходными материалами и медикаментами для оказания квалифицированной помощи. Во всех вновь сформированных отделениях для оказания помощи детям с COVID-19 были определены красная и зеленая зоны, разделенные шлюзом. Анестезиологи-реаниматологи были направлены на короткие обучающие курсы на базе медицинского симуляционного центра Боткинской больницы, по оказанию помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией. Медицинский персонал, который планировалось задействовать в оказании помощи поступающим детям с новой коронавирусной инфекцией, был ознакомлен с особенностями работы в красной зоне и правилами надевания, снятия и работы со средствами индивидуальной защиты (СИЗ). При поступлении в палаты интенсивной терапии первых детей с новой коронавирусной инфекцией бригада сменялась каждые 6–8 часов. При работе с СИЗ персонал столкнулся с такими трудностями, как нарушение температурного режима, общая дегидратация, особый дискомфорт доставляют респираторы и очки, так как кожа лица достаточно чувствительная и нежная, она больше всего подвержена внешнему воздействию. Кроме того, в респираторе достаточно трудно дышать, а очки регулярно запотевают и значительно снижают видимость. В реанимацию для инфекционных больных поступают дети из клиник Москвы и Московской области, нуждающиеся в лечении в условиях реанимационного отделения с различной соматической, неврологической, нейрохирургической патологией, у которых либо был диагностирован COVID-19, либо они состояли в контакте с больными новой коронавирусной инфекцией, а также дети из инфекционных отделений нашей больницы (при прогрессировании органических нарушений). В ОРИТ в основном поступали дети тяжелой степени тяжести. Тяжесть состояния которых была обусловлена дыхательной недостаточностью, интоксикационным синдромом и гипертермией. Всем пациентам, поступающим в отделение реанимации и интенсивной терапии для инфекционных больных, выполнялись СКТ, при отсутствии возможности ее выполнения по тяжести состояния ребенка выполнялась рентгенография грудной клетки. Выполнялась ЭКГ и ЭХО-кардиография. Проводился полный лабораторный скрининг. В зависимости от выраженности дыхательной недостаточности, показателей SpO₂ и результатов КЩС решалась тактика ведения пациентов. В большинстве случаев подача

увлажненного кислорода (O₂ до 40%) через назальные канюли или лицевую маску позволяли обеспечить достаточную оксигенацию с SpO₂ не менее 93% и компенсированными показателями газообмена по результатам КЩС. Положение пациентов в про-позиции для улучшения вентиляционно-перфузионных отношений в легких, чередуемое с положением на спине и на боку каждые 2–3 часа, способствует улучшению оксигенации пациента. Стойкое снижение SpO₂ ниже 92%, декомпенсация по результатам показателей газового состава крови и высокой работе дыхательной мускулатуры служат переводом на искусственную вентиляцию легких. Интубация трахеи осуществляется с применением пропофола и недеполяризирующего миорелаксанта. При интубации трахеи столкнулись с серьезными проблемами при визуализации голосовой щели из-за плохой видимости в СИЗ. Вентиляция проводилась как по объему, так и по давлению. В соответствии с дыхательными потребностями пациента, максимально приближенными к протективной вентиляции. Параметры вентиляции корректировались соответственно газовому составу крови. Продолжительность ИВЛ зависит от клинической картины и наличия сопутствующей патологии. Лечение включает в себя антибактериальную, противовирусную и симптоматическую терапию. Особое внимание уделяется системе гемостаза и профилактике тромбообразования. Снижение гемоглобина ниже 70 г/л служило показанием к переливанию компонентов крови. Заключение. После обработки полученных данных результаты будут представлены в докладе.

ДЛИТЕЛЬНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЬСОНА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ХЕЛАТОРАМИ МЕДИ

Багаева М.Э., Строкова Т.В., Zubovich A.И., Павловская Е.В.
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи»; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Цель: оценить эффективность патогенетической терапии хелаторами меди у пациентов с болезнью Вильсона при длительном наблюдении. Материалы и методы. Под наблюдением находятся 158 пациентов (в возрасте от 3 до 32 лет) с подтвержденным диагнозом болезни Вильсона, согласно Лейпцигской шкале >4 баллов (Ferenci, 2003; EASL, 2012). Мальчиков – 77, девочек – 81. Длительность катamnестического наблюдения составляет более 18 лет. Всем пациентам регулярно проводятся биохимический анализ крови, контроль суточной экскреции меди с мочой; УЗИ брюшной полости, осмотр офтальмолога. 66 (41,2%) пациентам проведено молекулярно-генетическое исследование крови, 50 (31,6%) – пункционная биопсия печени с морфологическим исследованием биоптата, у 26 (52%) – количественное определение меди в ткани печени. Результаты. Все пациенты имели признаки поражения печени: на стадии хронического гепатита 110 (69,6 %) и цирроза печени – 48 (30,4%) пациентов. У всех пациентов отмечалось повышение активности трансаминаз: средний уровень АЛТ 149,0–122,3 ед/л, АСТ 97,0–58,5 ед/л, общий билирубин 28,5±73,5 мкмоль/л. У 26 (19,4%) пациентов выявлена гиперхолестеринемия до 6,4–0,7 ммоль/л. Церулоплазмин был снижен у 110 (69,6%) из 158 пациентов (8,9–6,4 мг/дл, при норме 16–40 мг/дл). У всех пациентов была повышена суточная экскреция меди с мочой до 213,1–290,2 мкг/сут (норма до 50 мкг/сут) и в пробе с пеницилламином до 1611,4–952,6 мкг/сут (норма 600–800 мкг/сут). Содержание меди в ткани печени у обследованных пациентов было повышено в среднем до 322,4 – 203,3 мкг/г сухого вещества. Кольцо Кайзера–Флейшера обнаружено у 46 (29,1%) пациентов. Неврологическая симптоматика



наблюдалась у 27 (17,1%) пациентов. При молекулярно-генетическом обследовании выявлены мутации в компаунд гетерозиготном состоянии у 29 пациентов из 66 (43,9%), в гомозиготном у 11 пациентов (16,6%), и у 20 пациентов (30,3%) частых мутаций в гене АТР7В не обнаружено. Из наблюдаемых нами пациентов 16 семей с двумя или более детьми с болезнью Вильсона. Все пациенты соблюдают диету с ограничением медьсодержащих продуктов и получают патогенетическую терапию хелаторами меди: пеницилламин в дозе 20 мг/кг/сут – 149 пациентов (из них препараты цинка получали 8 пациентов, но из-за неэффективности терапии были переведены на пеницилламин), 1 ребенок из-за непереносимости пеницилламина получает триэтилен дигидрохлорид в дозе 20 мг/кг/сут. Восемью пациентам с терминальной стадией цирроза печени проведена ортотопическая трансплантация печени. При катамнестическом наблюдении у всех пациентов, получавших патогенетическую терапию, размеры печени сократились. Уровень АСТ через 6–12 мес. после начала терапии составил 36,8–15,7 ед/л, в течении 3-5-10-15-18 лет наблюдения он колебался от 28,5 ед/л до 84,4 ед/л, составив в среднем через 5 лет 25,5–5,4 ед/л, через 10 лет 38,7–17,4, через 15–18 лет – 29,5–8,6 ед/л, показатель АЛТ от 50,9 – 39,1 ед/л в среднем через 6–12 мес. до 31,4–17,3 ед/л через 5 лет, 53,2 – 3,4 ед/л через 10 лет и 28,6–6,7 ед/л – через 15–18 лет. Суточная экскреция меди с мочой через 6–12 мес. от начала терапии составила 624,1 – 389,6 мкг сут, через 3 года – 621,4 – 123,47 мкг/сут, через 5 лет. – 241,9–138,4 мкг/сут, через 10 лет – 5237,3–166,2 мкг/сут, через 15–18 лет – 231,1– 155,6 м г/сут. Кольцо Кайзера-Флейшера исчезло в разные сроки (от 12 мес. до 5 лет) после начала патогенетической терапии. Ухудшения неврологической симптоматики не наблюдалось. Выводы. Длительное катамнестическое наблюдение показало эффективность диетотерапии и патогенетической терапии хелаторами меди у пациентов с болезнью Вильсона (уже через 6–12 мес. наблюдалась выраженная положительная динамика в виде купирования цитоллиза, уменьшения суточной экскреции меди с мочой, исчезновения кольца Кайзера–Флейшера) и отсутствие проявлений заболевания в отдаленные сроки при соблюдении режима приема препарата. Длительная патогенетическая терапия пеницилламином не сопровождалась существенными побочными явлениями.

АНАЛИЗ ПРОТИВОКОРЕВОВОГО ИММУНИТЕТА У МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ

Базаяв А.А., Ткаченко Т.Г., Хлынцова К.В., Маревичева Н.Д.

Рязанский государственный медицинский университет, Областная детская клиническая больница имени Н.В.Дмитриевой, Рязань

Введение. Показатель заболеваемости корью в РФ в 2019 году составил 2,86 на 100 тыс. населения. В Рязанской области за 2019 г. – 6,2 на 100 тыс. населения. Показатель детской заболеваемости составил 30,6 среди всех детей до 18 лет и 29,8 среди детей до 14 лет на 100 тыс. населения. Дети до 14 лет составили 70% от всех заболевших. Эпидемиологическое неблагополучие по кори отражает ослабление коллективного иммунитета. Особый риск составляют новорожденные дети, одним из важнейших факторов защиты которых является противокоревой иммунитет матери.

Цель. Изучить прививочный анамнез и напряженность противокорьевого иммунитета у матерей новорожденных детей. Материалы и методы. У 520 матерей новорожденных в возрасте от 5 до 30 дней оценивалось состояние противокорьевого иммунитета по справкам о проведенных вакцинациях или результатам обследования на уровень АТ к кори. Согласно постановлению главного санитарного врача от 08.02.2019 «Об усилении мер профилактики кори в Рязанской области», проводилось серологическое обследование на напряженность иммунитета к вирусу кори лиц, находящихся по уходу за детьми при госпитализации в стационар, не имевших документальных подтверждений о вакцинации

или заболевании. Результаты серологических анализов непривитых матерей или данные о прививках вносились в истории болезни детей, находившихся в отделении патологии новорожденных детей, при совместном пребывании матери и ребенка. На грудном вскармливании находилось 70% новорожденных.

Результаты. Анализ представленных данных показал, что у 62,5% (325) матерей имелись данные о двукратной вакцинации от кори. Среди них средний возраст составляет 33 года. У 37,5% (195) женщин был «неизвестный» прививочный анамнез, поэтому проводилось исследование на напряженность иммунитета против кори. Среди них было выделено 4 подгруппы: серонегативные, АТ не обнаружено – 19% (37) (средний возраст 32 года), вторая подгруппа – титр ниже условно-защитного уровня АТ (менее 0,18 МЕ/мл) – 21,5% (42) (средний возраст – 32 года), третью с невысоким «пограничным» титром (от 0,18 до 0,25МЕ/мл) – 15,3% (30) (средний возраст 29 лет), и четвертая подгруппа с достаточным титром напряженности (более 0,25МЕ/мл) – 44,1% (86) (средний возраст – 31 год). Две женщины при подготовке к беременности провели вторую ревакцинацию против кори совместно с краснухой в 25 лет.

Выводы. Треть матерей не имели официальных сведений о проведении вакцинации против кори. Среди матерей с «неизвестным» прививочным анамнезом титр антител ниже нормы у 40,5%, что делает новорожденного незащищенным. Несмотря на имеющиеся данные о вакцинации у 62,5% женщин, с учетом возрастного фактора, нет уверенности в том, что они имеют достаточную защиту от кори. В связи с полученными данными о доле матерей с низкой противокоревой защитой требуют обсуждения вопросы плановой вакцинации женщин при подготовке к беременности или после рождения ребенка, с учетом эпидемиологической ситуации. В условиях эпидемиологического неблагополучия по кори еще раз подтверждается необходимость и преимущество грудного вскармливания перед искусственным.

ОСОБЕННОСТИ ВИТАМИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Басова А.Я., Шапошникова А.Ф., Трофимкина Т.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения Москвы», Москва

На современном этапе, в свете последних исследований, расстройства аутистического спектра уже нельзя рассматривать только с точки зрения психиатрии. В США было установлено, что дети с аутистическими расстройствами больше других подвержены заболеваниям желудочно-кишечного тракта, иммунной, эндокринной системы (Chen, 2013; Gurne, 2006; Isaksen et al., 2012; Kohane et al., 2012). Соматическое состояние данной группы пациентов оказывает значительное влияние на их психическое благополучие, в частности, рефлюксный эзофагит и мальабсорбция биоценоза могут способствовать возникновению и усилению поведенческих проблем у невербальных пациентов с аутистическими расстройствами (Horvath et al., 1999). А также, наоборот, выраженность собственно аутистической симптоматики, например, избирательности в пище, потенцирует развитие коморбидных заболеваний. На базе дошкольных отделений Центра психического здоровья им. Г.Е. Сухаревой в 2018–2019 г. начато исследование возможных нарушений витаминно-минерального баланса у детей с расстройствами аутистического спектра. В исследование вошли 100 детей с диагнозом «расстройства аутистического спектра». Диагноз был выставлен на основании клинико-психопатологического обследования и верифицирован по методике Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Были проведены анализы крови на содержание витаминов и некоторых микроэлементов. Нами

получены предварительные результаты, выявляющие тенденцию к снижению содержания витамина D у детей с расстройствами аутистического спектра. Исследование продолжается.

Выводы: 1. У детей с расстройствами аутистического спектра есть склонность к формированию витаминной недостаточности, которая может угрожать здоровью ребенка. 2. Витаминная недостаточность у детей с расстройствами аутистического спектра имеет некоторые особенности, связанные со специфическими нарушениями желудочно-кишечного тракта, а также с собственно аутистической симптоматикой (расстройствами пищевого поведения).

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ И ЭПИЛЕПСИЯ: ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Батышева Т.Т., Пшемьская И.А., Позднякова Д.А., Слободчикова Н.С., Платонова А.Н.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает ведущее место среди инвалидизирующих заболеваний и составляет 1,7–5 случаев на 1000 человек. Риск развития эпилепсии и эпилептических синдромов у детей с ДЦП составляет от 15 до 90%. Для детей с ДЦП характерно развитие как симптоматических так и идиопатических форм эпилепсии. Наиболее часто эпилепсия встречается при спастических формах, а именно при спастической гемиплегии и спастическом тетрапарезе. До 50% случаев эпилепсии при ДЦП является фармакорезистентными. Факторы риска развития эпилепсии при ДЦП полиэтиологичны, но наиболее часто встречающимися являются: структурные поражения головного мозга, эпилептиформные изменения на электроэнцефалограмме (ЭЭГ), неонатальные судороги в анамнезе, недоношенность. Данная группа пациентов нуждается в более частом динамическом контроле и рациональной неагрессивной реабилитационной терапии. Цель. Оценить возможности восстановительного лечения в раннем возрасте при сопутствующих эпилептических приступах и эпизодах судорожных пароксизмов (неонатальные, фебрильные) в анамнезе. Материалы и методы. Проведен анализ частоты встречаемости эпилепсии и эпизодов судорожных приступов (неонатальные, фебрильные) в анамнезе у детей в возрасте от 0 до 1,5 лет за период с 2016–2018 гг. (в течение 3 лет) поступивших в третье отделение ГБУЗ НПЦ Детской психоневрологии. Пациентам проводился ЭЭГ контроль. Все пациенты получали комплексную восстановительную терапию. Объем лечения зависел от полноты и длительности медикаментозного контроля над приступами, динамики электроэнцефалограммы (ЭЭГ) и наличия побочных эффектов антиэпилептического лечения (АЭП).

Результаты. Всего за период 2016–2018 гг. пролечено 2060 детей в возрасте от 0 до 1,5 лет с диагностированным перинатальным поражением центральной нервной системы (ЦНС) различного генеза, задержкой моторного, психоречевого развития, двигательными нарушениями, часть пациентов старше года с диагнозом ДЦП. Из них количество детей с симптоматической фокальной эпилепсией составило 76 (3,7%) детей, с эпизодами судорожных пароксизмов в анамнезе (неонатальные, фебрильные) – 102 (5%) ребенка. При впервые выявленной эпилепсии на фоне подбора АЭП объем восстановительной терапии был минимален, но не прекращался (посушная гимнастика, позиционирование, кинезиотерапия и др.). При достижении контроля над приступами объем терапии расширялся и при достижении клинико-энцефалографической ремиссии (не менее 3 месяцев), терапия проводилась практически в полном объеме (за исключением электростимулирующих методик). При рациональном подходе к реабилитации за время наблюдения

возобновление или увеличение частоты и интенсивности приступов не отмечалось. Ухудшение ЭЭГ-показателей отмечалось у 3 детей, без клинического проявления приступов.

Выводы. Наличие эпилептических приступов не является абсолютным противопоказанием для проведения восстановительной терапии, но требует тщательного подбора методик реабилитации на фоне адекватной антиэпилептической терапии, динамического контроля ЭЭГ и контроля побочных явлений АЭП.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Батышева Т.Т., Петрайкина Е.Е., Платонова А.Н., Щедеркина И.О., Быкова О.В., Саржина М.Н., Платникова И.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения Москвы»; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Актуальность. Факторы риска развития острых нарушений мозгового кровообращения в детском возрасте кардинально отличаются от таковых у взрослых. У каждого ребенка должно быть проведено полное обследование, включающее гематологические, метаболические исследования, ангиографию, подробный сбор семейного анамнеза, выявление системных, инфекционных и генетических заболеваний.

Цель. Разработать критерии включения пациентов детского возраста в группы риска по инсульту.

Результаты. Разработаны критерии, включения детей в группы риска по инсульту. Важно наличие более 2 факторов. • Врожденные и приобретенные заболевания сердца, нарушения ритма, ООС. • Отягощенный семейный анамнез по инсультам, инфарктам. • Маркеры дисплазии соединительной ткани, в том числе синдромы Марфана, синдром Элерса-Данлоса, фибромаскулярная дисплазия и т.д. • Травмы головы и шеи (любой тяжести). • Хронические и острые инфекции (особенно головы и шеи, системные). • Носительство мутаций генов системы гемостаза. • Подтвержденная врожденная или приобретенная тромбофилия, гемоцистеинемия. • Мигрень (особенно атипичное течение мигрени с аурой и частые приступы) и семейное отягощение по мигрени, • Генетические с-мы (пациенты с синдромом Дауна, нейрофиброматозом, серповидно-клеточной анемией в связи с повышенным риском болезни мойя-мойя, а также при нейрокожных заболеваниях (нейрофиброматоз, болезнь Штурге-Вебера, болезнь Рандю-Ослера, CADASIL синдром) с высоким риском артерио-венозных мальформаций). • Нарушение обмена веществ: MELAS, гемоцистинурия, болезнью Фабри, гиперлипопротеинемией А, гиперлипидемия. • Аномалии строения и хода экстра- и интракраниальных сосудов (в том числе и у членов семей), особенно гемодинамически значимые по данным доплерографии. • Перенесенная ветряная оспа в течение предшествующего 1 года, носительство вирусов герпеса 1,2,6 типов, ВЭБ, ЦМВ. • Метаболический синдром у детей старше 10 лет (абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, снижение толерантности к глюкозе, гиперлипидемия), а также у детей любого возраста при сочетании абдоминального ожирения с отягощенным анамнезом по МС, СД 2-го типа, заболеваниям сердечно-сосудистой системы. • Дети с ДЦП, обусловленным геморрагическим и ишемическим поражением головного мозга в перинатальном периоде (в связи с повышенным риском повторных инсультов в пубертатном периоде). • Каверномы, ангиомы у членов семей. Необходимо проведение МР-ангиографии у детей. • Серповидноклеточная анемия, железодефицитная злокачественная анемия, талассемия. • Наличие в анамнезе онкологических, аутоиммунных заболеваний (период по-



вышенного риска инсульта 5 лет). • Сахарный диабет 1 типа (частые кетоацидозы, неконтролируемые гипергликемии). • Гипотиреоз (со снижением артериального давления, риск гемодинамического варианта инсульта). • Прием вазоактивных медикаментов (при лечении острых состояний и длительном приеме). • Дети получающие длительную терапию: антиконвульсанты, препараты, нарушающие цикл фолиевой кислоты, противогрибковые препараты, оральные контрацептивы. • Часто болеющие дети, которым не проводится плановая вакцинация. • Пациенты наблюдающиеся у наркологов в связи с приемом наркотических запрещенных препаратов, курение – высокий риск васкулопатии.

Выводы. Выявление групп риска по инсультам среди детей является основой для проведения первичной профилактики развития сосудистой катастрофы. Важно сочетание более двух факторов риска для включения пациентов в группы риска.

СОМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Батышева Т.Т., Плотникова И.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Актуальность. Показатели здоровья детей РФ последнего десятилетия характеризуются ростом заболеваемости и инвалидности по классам болезней нервной системы, психических расстройств и врожденных аномалий развития (ВАР), что во многом обусловлено переходом на новые критерии живорожденности, развитием репродуктивных технологий, совершенствованием реанимации и выхаживания глубоко недоношенных детей. От своевременной диагностики, лечения и реабилитации таких детей зависит их прогноз на будущее.

Цель. Рассмотреть наиболее частые физиологические и патологические состояния детей раннего возраста в разрезе дифференциальной диагностики с неврологической патологией.

Результаты. Апноэ недоношенных: дыхательные паузы >20 сек; паузы <20 сек, связанные с брадикардией (<80 уд/мин), центральным цианозом, или O₂-сатурацией <85% у родившихся в сроке гестации <37 недель; центральное, обструктивное или смешанное. Наблюдаются гипоксемия, цианоз, брадикардия. Исключаются: гипогликемия, сепсис, внутричерепное кровоизлияние, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Позже апноэ во сне связывают с ожирением, ЛОР-патологией, макроглоссией (гипотиреоз), внутрижелудочковым кровоизлиянием, опухолью головного мозга, врожденной миопатией. Отмечаются беспокойный сон, дыхание ртом, храп, апное >10 с, потоотделение, цианоз крыльев носа. Приводит к асфиксии, замедлению психического развития, формированию синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Осложнения: аритмия, гипертония, инсульт.

Методы диагностики: МРТ, КТ головного мозга, ЭНМГ, определение КФК, генетические исследования для исключения миопатии, полисомнография – многоканальная запись параметров (движения грудной стенки, поток воздуха, сатурация O₂, ЧСС, электрическая активность мозга). Синдром упорных рвот и срыгиваний: первичные, абдоминальные – функциональные (халазия кардии, ахалазия пищевода, пилороспазм, гастрит, метеоризм) и органические (пилоростеноз, кишечная непроходимость, ВАР); вторичные, при патологии ЦНС, инфекционных заболеваний, обменных нарушениях. При лабиринте у больных с вестибулярным синдромом рвота сопровождается головокружением. «Церебральная» рвота сопровождается симптомами поражения нервной системы, развивается вне связи с едой, не улучшает состояния; рвотные массы скудные, без запаха. Рвота при бульбарных нарушениях, связанных с органическими причинами (опухоль мозжечка, ствола), сопровождается головокружением и атаксией. Рвота при нарушении мозгового кровообращения возникает

внезапно, сопровождается потерей сознания, сердечно-сосудистыми и дыхательными нарушениями, при мигрени, свето- и звукобоязнь, локализованными головными болями, приносит облегчение. У детей с признаками невроза рвота возникает сразу после приема пищи, легко извергается, не приводит к похуданию. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста: экзогенные (алиментарная, токсическая, инфекционная этиология) и эндогенные (при энцефалопатии, эндокринной патологии, нарушениях обмена, мальабсорбции). Вторичные гипотрофии при патологии ЦНС сопровождаются нарушением поведения, малой активностью, преобладанием отрицательных эмоций, нарушением сна и терморегуляции, задержкой темпов психомоторного развития, мышечной гипотонией, дистонией. Гипотрофия 3 степени может стать «точкой невозврата» у детей с церебральным параличом, бульбарным синдромом, спинальной мышечной атрофией. Необходимо определить энергетическую потребность с учетом дефицита массы, поправки на факторы увечья и активности, выбрать способ приема пищи, назначить подходящее лечебное питание. Спазмифилия возникает при низком уровне 25-гидрохOLEкальцеферола в крови, протекает с тоническими и тонико-клоническими судорогами, нервно-мышечной возбудимостью из-за низкого уровня Ca²⁺ в экстрацеллюлярной жидкости на фоне алкалоза. Колики возникают до 5-месячного возраста, в форме повторяющихся беспричинных периодов раздражительности, беспокойства или крика, при отсутствии проблем роста, лихорадки или плохого состояния здоровья. Для дифференциальной диагностики спазмофилии или колик с эпилепсией анализируют данные анамнеза, клиники, показатели ЭЭГ. Выводы: Патология нервной системы у детей раннего возраста может протекать под «маской» функциональных соматических нарушений. Неблагоприятный перинатальный анамнез и тяжесть симптоматики – основания для проведения дополнительных исследований.

ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТЕОМИЕЛИТА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С РЕАЛИЗАЦИЕЙ СЕПСИСА У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Беседина М.В., Зайцева О.В., Зайцева Н.С.

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность. Активация эндогенной флоры на фоне ОРВИ с формированием очагов бактериальной инфекции у детей является достаточно частой ситуацией в практике педиатра. Однако редкая локализация развивающегося гнойного процесса может определяться врожденной патологией ребенка, при котором особенности клинической картины и дополнительного обследования требуют проведения дифференциального диагноза между воспалительной и неопластической природой патологического процесса.

Цель. Представить клинический случай поздней диагностики остеомиелита грудного отдела позвоночника с развитием сепсиса у ребенка грудного возраста со спинальным дизрафизмом.

Клинический случай. Девочка 8 месяцев 27 дней поступила в отделение реанимации с повышением температуры до фебрильных цифр, явлениями острого обструктивного ларинготрахеита, дыхательной недостаточностью. По данным рентгенографии органов грудной клетки при поступлении диагностирована правосторонняя верхнедолевая пневмония. Из анамнеза жизни: девочка от III беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания. Роды II, самостоятельные на 37 неделе, вторая из двойни. Масса при рождении 2400 г, длина 47 см. В возрасте 1 месяца – округлое выпячивание размером с перепелиное яйцо в области грудного отдела позвоночника. Ребенок консультирован в 1,5 и 2 месяца нейрохирургом и хирургом, после проведения УЗИ поставлен диагноз: спинальный дизрафизм, spina bifida? Через 2 недели образование самостоятельно редуцировалось, дальнейший диагностический поиск не проводился.

В весе прибавляла достаточно, росла и развивалась по возрасту, привита. В возрасте 8 месяцев – перенесла ОРВИ, обструктивный бронхит, получала антибактериальную терапию. На фоне лечения состояние улучшилось, однако сохранялось снижение аппетита и двигательной активности. Через 2 недели – курс планового массажа. Мама ребенка отмечала выраженное беспокойство при воздействии на зону вдоль позвоночного столба. Затем девочке проведена плановая вакцинация (V3) АКДС и ОПВ. Через 3 дня после вакцинации – фебрильная температура, одышка смешанного характера, слабость. Через 5 дней – цианоз и вздутие живота. С подозрением на кишечную непроходимость – госпитализирована в отделение реанимации. При поступлении состояние девочки тяжелое. Температура 39°C, выражена интоксикация. Одышка смешанного характера, дыхательная недостаточность III степени потребовала проведения ИВЛ. Кашель малопродуктивный, приступообразный. Выраженная «мраморность» кожных покровов. Дыхание ослабленное в верхних отделах справа. Живот вздут, печень +1,5 см. Стул и мочеиспускание не изменены. При поступлении в клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз $23,6 \cdot 10^9/\text{л}$ (п/я 5%, с/я 68%), СОЭ 44 мм/ч, СРБ 275,4 мг/л. При проведении УЗИ – образование вдоль позвоночного столба. При проведении МРТ паравертебральное объемное образование муфтообразно охватывает тела позвонков кистозной плотности на уровне С7–Тh12 с деструктивными изменениями тел Th7, Th8 со скоплением жидкости в эпидуральном пространстве, распространяется в задние отделы средостения и верхние отделы забрюшинного пространства. Выставлен предварительный диагноз нейроblastомы. В динамике состояние девочки ухудшилось, сохранялась фебрильная температура, на 9 сутки – нижний парапарез конечностей. На повторной рентгенограмме органов грудной клетки – тотальное затемнение легочных полей с двух сторон; КТ – пиоторакс с двух сторон. При проведении дренирования плевральных полостей и заднего средостения – гнойное отделяемое. По гистологическому заключению – негранулематозное воспаление мягких тканей. Выставлен заключительный диагноз. Основной: Сепсис. Остеомиелит грудного отдела позвоночника. Эпидуральный абсцесс на уровне Th7 – Th8 позвонков. Спондилит Th6–Th9 позвонков с формированием паравертебральной эмпиемы. Осложнения: Гнойный медиастинит. Двусторонний пиоторакс. Компрессия спинного мозга на уровне Th5–Th9 позвонков. Нижний вялый парапарез. Сопутствующий: внебольничная правосторонняя пневмония. ДН III степени.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует, что тщательно собранный анамнез позволяет точнее оценить данные клинического и инструментального обследования. Скрытый спинальный дизрафизм сыграл ключевую роль в развитии у грудного ребенка тяжелого жизнеугрожающего гнойного процесса с генерализацией. Таким образом, в данном случае адекватная оценка фоновой патологии являлась ведущей в правильной постановке диагноза и назначения оптимального лечения.

ФОРМИРОВАНИЕ УГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Блохин Б.М., Королев А.В., Деягин В.М.

Российский национальный медицинский исследовательский университет, Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, Москва

Введение. Одним из наиболее потенциально опасных заболеваний является артериальная гипертензия, что обусловлено ее высокой распространенностью и возможностью развития тяжелых жизнеугрожающих осложнений. В течение длительного времени нарушения в системе регуляции артериального давления (АД) оценивались исключительно по абсолютным значениям систолического и диастолического давления. С появлением возможности суточного мониторинга артериального давления (СМАД) оказались доступными для оценки его циркадные

изменения. В настоящее время СМАД является единственной неинвазивной методикой, обеспечивающей измерение АД во время сна. При этом по данным литературы, изменения АД в дневные и ночные периоды являются диагностически и прогностически более информативными показателями ранних нарушений сердечно-сосудистой системы, нежели абсолютные значения артериального давления.

Цель работы: оценить возможность раннего выявления предикторов формирования патологии сердечно-сосудистой системы у детей с различными заболеваниями.

Материалы и методы. В работе были использованы ретроспективные данные СМАД, взятые из архива отделения функциональной диагностики Российской Детской Клинической Больницы. Проводилась оценка показателей у 177 пациентов с 6 до 18 лет, с разными заболеваниями: 78 чел., с патологией почек, 49 чел. с эндокринной патологией, 50 детей с другими заболеваниями органов дыхания, пищеварения, опорно-двигательного аппарата. Проводилась оценка показателей среднего суточного давления, степень ночного снижения систолического и диастолического АД осциллометрическим методом при помощи аппаратов VPLab (модель МнСДП-2, Россия).

Результаты и обсуждение. В результате анализа данных среднего суточного давления, можно отметить, что нормальные показатели среднего суточного АД были отмечены в 34,5%, прегипертензия (высокое нормальное давление) в 14,1%, а показатели превышающие норму у 51,4% детей. Нормальное среднее суточное систолическое АД встречалось у 37,3% пациентов, состояние прегипертензии выявлялось в 13,6%, а высокое – у 49,2%. Среднее суточное диастолическое давление было в нормальных пределах у 59,9% пациентов, прегипертензия выявлялась у 12,4%, высокое среднее суточное диастолическое давление – у 27,7%. По степени ночного снижения систолического и диастолического АД дипперами (что является нормой) оказались 61,7% и 45,8% детей соответственно, райзерами (с подъемом АД ночью выше дневного) были 2,3% и 3,4% пациентов, нон-дипперами (ночное давление ниже дневного, но падение менее 10%) 28,6% и 15,8% соответственно и овер-дипперами (с чрезмерным падением ночного АД свыше 20%) – 7,4% и 35% соответственно. По данным исследований, в последнее время показатели суточной вариабельности артериального давления, являющиеся крайними (райзеры и нон-дипперы с одной стороны, и овер-дипперы с другой) рассматриваются как значимые факторы риска развития патологии сердечно-сосудистой системы. При этом отсутствие адекватного ночного снижения АД является весьма значимым независимым фактором риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Установлена четкая взаимосвязь между смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний и степенью снижения АД в ночные часы. Каждое 5%-ное увеличение соотношения ночь/день ассоциировалось с увеличением риска смерти на 20%, даже при нормальных суточных показателях АД. Кроме того, отсутствие адекватного снижения АД в ночные часы связано с воздействием патологического процесса на органы-мишени и может являться ранним индикатором формирования вторичных форм артериальной гипертензии. В результате полученных данных можно сделать вывод о возможности выявления ранних маркеров формирования угрожающих состояний сердечно-сосудистой системы у детей с различной патологией при помощи суточного мониторинга артериального давления.

ПРОБЛЕМА НЕДООЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, СКРЫВАЕМАЯ ПОД ПОНЯТИЕМ «ВОЗРАСТНАЯ НОРМА»

Бородулина Т.А., Панков Д.Д.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва; Центр «Нейромед»

С внедрением компьютерных технологий, возможность интерпретации результатов функциональной диагностики (включая электроэн-



цефалографию (ЭЭГ)) возросли многократно, как и возможность все более дифференцированно анализировать накопившийся в процессе работы с пациентами материал регистрации проводимых исследований, сопоставлять его с клинической информацией. Особенно актуально это при обследовании подростков, у которых граница между нормой и патологией весьма условная. Например, считается, что артериальная гипотензия, это вариант конституциональной нормы, но насколько это действительно так, определенного ответа нет. Это объясняет, почему на сегодняшний день, заключение по данным, например, ЭЭГ обследования не всегда устраивает практикующих врачей, так как зачастую все выявленные особенности электроэнцефалограммы, за исключением эпилептиформных, трактуются, как вариант возрастной нормы. Такой бинарный подход к анализу результатов электроэнцефалограммы, направленный только на определения есть или нет эпилептиформные изменения, по данным нашего исследования является сужением возможностей данного функционального метода обследования ЦНС. В данном исследовании мы поставили перед собой цель изучить у подростков с артериальной гипотензией наряду с неврологическим статусом вариabельность биоэлектрической активности головного мозга с точки зрения вероятности выявления дизрегуляторных проявлений на том или ином уровне ЦНС. С этой целью нами было обследовано 208 пациентов с первичной артериальной гипотензией. Для решения задачи прогностической оценки течения артериальной гипотензии выделены три возрастные группы. Первую (основную) возрастную группу составили 130 пациентов подросткового возраста (от 10 до 18 лет включительно), из них 73,8% – девочки, 26,2% – мальчики. Вторую и третью (группы сравнения) составили соответственно: пациенты в возрасте от 20 до 39 лет (37 человек), и пациенты от 40 до 65 лет (41 человек). По результатам электроэнцефалографического обследования подростков с артериальной гипотензией на первое место выходили такие электроэнцефалографические феномены как: билатерально-синхронные генерализованные вспышки острых высокоамплитудных альфа-, тета- или дельта-волн, вспышки полифазных волн альфа- и тета-диапазонов, генерализованный альфа-ритм. Такие проявления на ЭЭГ можно трактовать как дисфункциональные изменения на уровне неспецифических срединных структур головного мозга. Описанные ЭЭГ-феномены в детском и подростковом возрасте обычно рассматриваются в качестве вариантов возрастной нормы, обусловленных физиологическим доминированием подкорковых структур над корой. Однако наше исследование показывает, что такой характер ЭЭГ, возможно, отражает конституциональные особенности подростков с артериальной гипотензией (являясь патогенетическим ядром для последней). В пользу этого предположения свидетельствует наличие аналогичных феноменов у обследованных нами взрослых пациентов с артериальной гипотензией. Статистическая обработка выявляемости данных ЭЭГ-феноменов у подростков и в группах сравнения (у взрослых) значимых различий не выявила, что подтверждает предположение об их преемственности в этих возрастных группах. Таким образом, выявленные на ЭЭГ у обследованных нами подростков феномены можно трактовать как дисфункциональные изменения на уровне неспецифических срединных структур головного мозга. Это позволяет с клинической точки зрения полагать существование у них начальных проявлений дизрегуляторного синдрома, что прогностический можно считать тревожным фактором, требующим к себе врачебного внимания. А потому и рассмотрение подобного варианта ЭЭГ в качестве «возрастной нормы» может привести к серьезной недооценке опасности формирующихся дизрегуляторных механизмов на ранних этапах, когда их коррекция может быть особенно эффективна.

ДОСТУПНАЯ СРЕДА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ НА БАЗЕ ГБУЗ «ДГП № 94 ДЗМ»

Бухарина Л.Н., Рязанцева С.И., Соловьева Т.А.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 94 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

Вопросы государственной социальной политики в отношении людей с инвалидностью в последние годы становятся все более актуальными для Российской Федерации. Доступная среда – это создание всех условий для полноценной интеграции маломобильных граждан в общественную городскую жизнь. Главная цель – сделать жизнь детей с ограниченными возможностями намного более комфортной. Для этого необходимо создавать доступную среду для инвалидов комплексно. Обустройство и реализация безбарьерного пространства способствует изменениям: детям-инвалидам будет легче адаптироваться к современному темпу жизни в городе и чувствовать себя счастливыми.

Цель: показать важность создания доступной среды для особенных детей и их родителей в детской городской поликлинике.

Задачи: 1. Создать беспрепятственный доступ к объектам здравоохранения детей-инвалидов. 2. Повысить уровень доступности к медицинским услугам детей с ограниченными возможностями здоровья. 3. Оценить эффективность безбарьерной среды.

Материал и методы. В своей работе использовали Государственную программу Российской Федерации «Доступная среда на 2011–2020 года», «Паспорт доступности для инвалидов в общественных зданиях». Результаты. В ГБУЗ «ДГП № 94 ДЗМ» создана доступная среда для особенных детей и их родителей. Дети с ограничениями здоровья могут беспрепятственно посетить врача, пройти в поликлинике необходимые обследования. Созданы безопасные и комфортные условия на территории поликлиники. Все приспособления и услуги внутри здания доступны для использования инвалидами всех категорий. Безбарьерная и комфортная среда создана для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, незрячих или слабовидящих людей, для инвалидов по слуху. ГБУЗ «ДГП № 94 ДЗМ» за активное участие в «Социальной интеграции инвалидов» была награждена грамотой префекта СЗАО. Выводы. В ГБУЗ «ДГП № 94 ДЗМ» создана доступная среда для особенных детей и их родителей. Дети с ограничениями здоровья могут беспрепятственно посетить врача, пройти в поликлинике необходимые обследования, реабилитационные мероприятия.

ИЗУЧЕНИЕ БИОМАРКЕРОВ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ГЛИКОГЕНОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Васильева Е.А., Строкова Т.В., Багаева М.Э., Зубович А.И., Павловская Е.В., Сурков А.Г., Таран Н.Н., Прохорова И.В.
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Федеральный исследовательский центр Питания и биотехнологии», Москва

Гликогеновая болезнь (ГБ) – тяжелое наследственное заболевание, характеризующееся метаболическими кризами, нарушениями минеральной плотности костной ткани.

Цель. Изучить биомаркеры костного ремоделирования у детей с ГБ. Материалы и методы. Обследовано 72 ребенка с подтвержденным диагнозом ГБ в возрасте 7 месяцев до 16 лет. В зависимости от типа заболевания пациенты были разделены на пять групп. В I группе – 6 детей с Ia типом ГБ в возрасте 3 [0,7; 12] лет, во II группе – 10 детей с Ib типом ГБ в возрасте 8,5 [1; 16] лет, в III группе – 14 детей с III типом ГБ в возрасте 4 [2; 13] лет, в IV группе – 5 детей с VI типом в возрасте 12,5

[6;14] лет, в V группе – 37 детей с IX типом ГБ в возрасте 5 [1;16] лет. Всем детям оценивали активность маркеров костеобразования и резорбции костной ткани в сыворотке крови: остеокальцин, С-терминальный телопептид сыворотки (b-CrossLaps), N-терминальный пропептид проколлагена 1 типа (P1NP).

Результаты. Выявлены достоверные различия концентрации остеокальцина и показателей b-CrossLaps у детей с различными типами ГБ. Установлено, что остеокальцин был значимо ниже при Ib (35,78 [16,23;73,75] нг/мл) и III типах ГБ (41,88 [169,1;511,2] нг/мл), по сравнению с детьми с Ia (58,12 [9,28;119,3] нг/мл), VI (81,36 [44,72;112,2] нг/мл), IX типами (62,46 [9,28;119,3] нг/мл), $p < 0,01$. Содержание P1NP было повышено у всех пациентов с ГБ. Однако у 2 детей с Ib типом заболевания данный показатель соответствовал норме. Концентрация P1NP в сыворотке крови у детей с Ib типом (220 [39; 634,5] нг/мл) была ниже, чем при других типах ГБ (Ia – 481,5 [39; 1056] нг/мл, III – 446,6 [254,2;836,6] нг/мл, VI – 695,9 [189,8;756,2] нг/мл, IX – 496,3 [209,5;1056] нг/мл), $p > 0,05$. Концентрация b-CrossLaps была повышена у 57 (79%) пациентов в общей группе детей с ГБ. Сравнительный анализ показал, что наиболее низкая концентрация b-CrossLaps в сыворотке зарегистрирована у детей с Ib (0,67 [0,34;1,29] нг/мл) и III типами (0,96 [0,51;1,53] нг/мл), по сравнению с пациентами с Ia (1,16 [0,34; 2,62] нг/мл), VI (1,43 [0,68;2,62] нг/мл) и IX типами ГБ (1,20 [0,44;2,42] нг/мл), $p < 0,05$. У пациентов с ГБ выявлена статистически значимая корреляция между остеокальцином, P1NP, CrossLaps. Концентрация остеокальцина прямо коррелировала с P1NP ($r = 0,60$, $p = 0,0000$), b-CrossLaps ($r = 0,79$, $p = 0,0000$), что свидетельствует об интенсивности костного ремоделирования.

Заключение. На основании полученных результатов можно говорить, что у детей с наиболее тяжелыми с точки зрения метаболической декомпенсации типами (Ib и III) имеется низкая интенсивность костного ремоделирования, что дает возможность выделять детей с высоким риском развития остеопороза и предупреждать его формирование.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ЦИРКУМЦИЗИО. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Валиев Р.Ю., Врублевская Е.Н., Врублевский А.С., Оганисян А.А., Врублевский С.Г.

Научно-практический Центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва

Согласно данным зарубежной литературы частота ишемических нарушений головки полового члена после кругового обрезания крайней плоти с выполнением пинеальной блокады не превышает 0,18%. Причины и выбор метода лечения при ишемии и некрозе головки полового члена до сих пор не установлены.

Цель: представить собственный опыт тактики лечения ребенка с редким видом послеоперационного осложнения после кругового обрезания крайней плоти полового члена.

Материалы и методы. История болезни мальчика 12 лет, без отягощенного анамнеза, с рубцовым фимозом, находившемся на лечении в хирургическом отделении НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Ребенок поступил на плановое оперативное лечение. При физикальном осмотре отмечались рубцовые изменения крайней плоти с невозможностью выведения головки полового члена. Мочеиспускание не нарушено. Непосредственно перед операцией выполнена дорсальная пинеальная блокада раствором наропина 0,2% 20 мл без использования адреналина под ультразвуковым контролем. В ходе оперативного вмешательства выполнено классическое обрезание крайней плоти с использованием монополярной электрокоагуляции мощностью 12 Вт. Наложено 12 узловых швов Vicril 4/0. Интраоперационных изменений головки и

кожи полового члена не отмечалось. Послеоперационная область обработана раствором бетадина, циркулярная повязка не накладывалась. В раннем послеоперационном периоде отмечалось диапедезное кровотечение, в условиях перевязочной была наложена марлевая повязка. При осмотре через 2 часа ребенок жалоб не предъявлял, мочеиспускание не нарушено, головка полового члена розового цвета. Через 12 часов после операции отмечалось изменение цвета головки полового члена с появлением множественных участков темного цвета, без явлений приапизма. Общее состояние не нарушено, мочеиспускание самостоятельное с умеренной болезненностью. С целью исключения тромбоза ребенку выполнено ультразвуковое исследование полового члена. В анализе свертывающей системы крови признаков нарушения гемостаза не выявлено. С целью купирования микроциркуляторных нарушений назначена терапия направленная на улучшение реологических свойств крови, антибактериальная терапия, симптоматическое лечение, а так же местное лечение. Терапия проводилась на фоне ежедневного контроля показателей активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и протромбина. В результате проводимой терапии положительный результат в виде нормализации цвета головки стал отмечаться на вторые послеоперационные сутки. На 6-е сутки после операции мальчик выписан домой в удовлетворительном состоянии. Контрольный осмотр проведен через 2 недели и 1 месяц. Ишемических нарушений кожи и головки полового члена нет, заживление первичным натяжением, меатальное отверстие не сужено, мочеиспускание широкой струей.

Заключение. При своевременно выявленных гемодинамических нарушениях в области головки полового члена, рациональная консервативная терапия позволяет избежать тяжелых ишемических осложнений.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Вахова Е.Л., Выборнов Д.Ю., Хан М.А., Александров А.В., Тарасов Н.И.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Травматизм у детей остается одной из ведущих медико-социальных проблем вследствие высокой распространенности травм и их влияния на уровень смертности и инвалидности детского населения. При этом травмы локтевого сустава составляют 40 – 50% от общего числа повреждений опорно-двигательного аппарата у детей. Травматические повреждения конечностей сопровождаются выраженными функциональными нарушениями, требующими специализированной высокотехнологичной медицинской помощи и длительной этапной реабилитации. Комплексная программа медицинской реабилитации предполагает персонализированный подход и дифференцированное назначение физических факторов, в зависимости от периода реабилитации. Программа медицинской реабилитации проводится этапно и включает в себя оперативное или консервативное устранение структурных повреждений, иммобилизацию, лечебную физическую культуру, роботизированную механотерапию, аппаратную физиотерапию (лимфодренирующие, репаративно-регенеративные, фибромодулирующие, миостимулирующие методы), массаж, кинезиотейпирование. Среди технологий медицинской реабилитации детей с повреждениями в области локтевого сустава особое место занимает роботизированная механотерапия



в комплексе с селективной электростимуляцией лимфодинамики и венозного кровотока. Комплексное применение физических факторов вызывает регресс болевого синдрома, отека уже после 3 процедуры у большинства детей, способствует достоверному увеличению объема активных движений в локтевом суставе, вплоть до нормализации у 90,0% детей. Травмы верхней конечности у детей в 10–12% случаев сопровождаются повреждением периферических нервов. В настоящее время хорошо изучены патофизиологические аспекты повреждения и механизмы восстановления функции нерва. Актуальным остается вопрос оптимизации программ и сроков медицинской реабилитации детей с повреждением периферических нервов после реконструктивных операций. Задачами медицинской реабилитации таких детей являются профилактика рубцово-спаечного процесса в нерве, стимуляция его регенерации, уменьшение выраженности вегетативных и трофических расстройств, сохранение функции денервированных мышц, улучшение двигательных возможностей конечности. Своевременно начатые реабилитационные мероприятия, учитывающие индивидуальные возможности ребенка, адекватно поставленные реабилитационные задачи и правильно выполненные назначения способствуют профилактике послеоперационных осложнений, ускорению восстановления активных движений, что сокращает сроки реабилитации.

УДВОЕНИЕ УРЕТРЫ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Демина А.М., Врублевский А.С.
Научно-практический центр специализированной помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва

Цель: поделиться опытом и результатами лечения редкого порока развития уретры – врожденного заднеуретрально-промежностного свища (ВЗУПС).

Материалы и методы. В исследование включены результаты диагностики и лечения 26 детей с ВЗУПС описанные в зарубежной литературе за последние 50 лет с учетом собственного клинического наблюдения. Известно, что аномальное срединное сращение латеральных гребней уростальной складки дает начало добавочному участку мочепологового синуса, который впоследствии индуцирует развитие полного удвоения уретры, или ВЗУПС. Больной, 3 лет, с рождения наблюдался по поводу свищевого хода в области промежности. Родители отмечали периодическое отделяемое из свища, схожее с мочой. Во время физического осмотра было обнаружено крошечное отверстие диаметром около 1 мм на коже промежности на расстоянии 4 см кпереди от анального отверстия по средней линии. При УЗИ перианальной области выявлена гиперэхогенная структура (свищевой ход), идущая в направлении задней уретры. Ретроградная уретрография в комбинации с микционной цистографией выявила свищевой ход между задней уретрой и кожей промежности. Выполнена уретроцистоскопия с введением метиленового синего через отверстие свищевого хода на промежности и отмечено поступление красящего раствора в простатической части уретры проксимальнее и правее семенного бугорка. Был верифицирован диагноз ВЗУПС. В ходе оперативного вмешательства выполнен окаймляющий разрез вокруг свища. Диссекция производилась до тех пор, пока не осталось несколько миллиметров до открытия свища в простатическую часть уретры. Патологический ход первоначально имел направление в сторону прямой кишки, потом огибал левую половину бульбоспонгиозной мышцы и в завершении направлялся к месту открытия в простатической части уретры. Проксимальная часть свищевого хода была лигирована нитью vicryl 3-0, прошита и перевязана дополнительно дистально. Длина иссеченного участка составила 4,5 см, диаметр свища варьировал от 0,4 до 0,2 см и сужался в направлении промежности. Гистологическое исследование показало, что свищевой ход на всем протяжении выстлан многослойным плоским ороговеваю-

щим эпителием. В течение 1 года наблюдения после операции рецидив свища не наблюдался. По данным УЗИ промежности патологических структур не выявлено. Мочиспускание не нарушено.

Выводы: Врожденные заднеуретрально-промежностные свищи встречаются крайне редко. Представленное наблюдение соответствует II типу А 2, Y-образное удвоения мочеиспускательного канала, описанное Effmann (1979 г.). Отличие заключается в том, что при ВЗУПС имеет место нормально функционирующая дорсальная уретра и гипоплазированная добавочная вентральная уретра. Выполнение алгоритма обследования позволяет наиболее точно поставить диагноз, а иссечение добавочной вентральной уретры дает хороший результат.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА ЧЕРВЕОБРАЗНЫМ ОТРОСТКОМ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Врублевский А.С., Врублевская Е.Н., Оганисян А.А., Валиев Р.Ю., Врублевский С.Г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

Цель исследования: поделиться опытом замещения протяженной стриктуры средней трети правого мочеточника червеобразным отростком у ребенка 12 лет.

Материалы и методы. В 2019 году в нашу клинику обратился пациент с протяженной стриктурой правого мочеточника. Ранее девочке в связи с блоком правой почки вследствие окклюзии мочеточника конкрементами в средней трети выполнена контактная литотрипсия с установкой стента внутреннего дренирования. После удаления стента через 2 месяца отмечено критическое нарастание расширения коллекторной системы почки, что потребовало наложения нефростомы и повторной установки стента. По данным проведенного обследования (антеградной и ретроградной пиелографии) заподозрена протяженная (7 см) стриктура правого мочеточника. В марте 2019 года в НПЦ спец.мед.помощи детям выполнена реконструктивная операция – наложение уретероцистоанастомоза с резекцией стенозированного мочеточника по методике roaoas-hitch. Послеоперационный период протекал без осложнений, стент удален через 1,5 месяца. По данным УЗИ сохранялось расширение верхних мочевых путей, в связи с чем от удаления нефростомы решено воздержаться. Проводилась консервативная терапия, направленная на улучшение уродинамики, положительного эффекта не отмечено. В июле 2019 года проведена уретероскопия, по результатам которой на расстоянии 5 см от неюстия имелось сужение просвета до точечного. Выполнено бужирование и стентирование с последующей заменой стента через 3 месяца. Общая длительность шинирования верхних мочевых путей составила 6 месяцев. При контрольном рентген-урологическом обследовании выявлено нарушение проходимости мочеточника справа на уровне подвздошных сосудов. Принято решение о лапароскопической ревизии правого мочеточника с определением варианта восстановления проходимости интраоперационно.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Вязова Л.И., Шенец С.Г., Мороз Е.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Состояние здоровья женщины во время беременности, воздействие различных факторов на ее течение может способствовать развитию перинатальной патологии у новорожденного ребенка.

Цель и задачи исследования. Выявить основные факторы перинатального риска у новорожденного ребенка.

Материалы и методы. Произведена выборка анамнестических данных из стационарных карт 122 женщин, родивших 69 доношенных и 53 недоношенных ребенка с перинатальной патологией (переведенных в дальнейшем на второй этап выхаживания в специализированные отделения). Роженицы были в возрасте от 17 до 41 года, у каждой третьей из них беременность была повторной. Вне брака беременность наступила у 47 (38,5%) женщин (каждая четвертая из них (25,5%) родила преждевременно), на врачебном учете по беременности не состояли 14 (11,5%) человек, тяжелым физическим трудом на производстве продолжали заниматься 22 (18%) беременных (5 женщин (22,7%) родили раньше срока). Отягощенный акушерский анамнез (выкидыши, аборт, внематочная беременность) имели 59 (48,4%) роженицы. У всех женщин в анамнезе отмечались различные соматические и хронические инфекционно-воспалительные заболевания. Настоящая беременность у большинства (76,2%) осложнилась воспалительными гинекологическими заболеваниями, причем у женщин, родивших раньше срока, они регистрировались в 3 раза чаще. У каждой второй (54,1%) наблюдалась угроза прерывания беременности, что потребовало госпитализации в стационар. Токсикоз первой половины беременности отмечался у 37 (30,3) женщин, причем чаще регистрировался у родивших в срок, а гестоз в 3 раза чаще осложнял беременность у преждевременно родивших матерей. Внутриматочную гипоксию плода выявили у 52 (42,6%) беременных (родивших 32 недоношенных и 20 доношенных младенцев). У каждой третьей женщины (27,9%) беременность осложнилась воспалительной патологией органов дыхания (бронхиты, пневмонии). Анемия беременных выявлена у 20 (16,4%) человек. Реже отмечались заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной систем (10,6%, 12,3%, 14,7% соответственно). У большинства беременных (78,7%) роды характеризовались осложненным течением. Преждевременное излитие околоплодных вод отмечалось у 19 человек (15,6%), длительный безводный промежуток был у каждой пятой роженицы. Слабость родовой деятельности развивалась у 21 (17,2%) женщины. Родоразрешение плановым кесаревым сечением было выполнено в 15 (12,3%) случаях, по экстренным показаниям – 26 (21,3%) женщинам. Проведение реанимационных мероприятий в родзале потребовалось 12 (9,7%) новорожденным детям.

Выводы. 1. Чаще всего беременность осложнялась инфекционно-воспалительной патологией генитальной сферы (76,2%), угрозой прерывания (54,1%), внутриматочной гипоксией плода (42,6%), токсикозом первой половины (30,3%). 2. Из экстрагенитальной патологии чаще отмечались болезни органов дыхания (27,9%), анемия (16,4%), эндокринные заболевания (14,7%). 3. Каждая вторая беременная (48,4%) имела отягощенный акушерский анамнез. 4. У большинства женщин (78,7%) роды протекали с осложнениями. 5. Факторы социально-биологического риска (наступление беременности вне брака, отсутствие врачебного наблюдения во время беременности, тяжелый физический труд беременной на производстве) способствуют преждевременным родам.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА КИШЕЧНИКА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Вязова Л.И., Шенец С.Г., Мороз Е.А., Башлакова А.Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Одной из основных систем, принимающих участие в адаптации ребенка к постнатальной жизни, является кишечный микробиоценоз. В современных условиях экологического прессинга именно новорожденные дети из групп перинатального риска становятся особо уязвимым контингентом. Цель. Выявить особенности состава кишечного микробиоценоза у

недоношенных новорожденных детей с перинатальной патологией. Задачи. 1. Оценить факторы перинатального риска у недоношенных новорожденных. 2. Проанализировать клинко-микробиологические особенности дисбактериоза кишечника у детей.

Материалы и методы. Обследованы 66 новорожденных, поступивших на второй этап выхаживания в отделение недоношенных детей. На момент обследования средний возраст младенцев составлял 10,8±0,76 суток. Для комплексного обследования детей использовались общепринятые клинические методики. Для уточнения характера поражения головного мозга проводилось ультразвуковое исследование. Оценка состава кишечной микрофлоры осуществлялась классическим бактериологическим методом, а степень выявленных нарушений оценивалась по классификации Блохиной И.Н. Из обследования были исключены дети, получавшие антибиотики.

Результаты и обсуждение. Все младенцы родились недоношенными (срок гестации 34,9±0,43 недель) путем естественных родов. Средняя масса при рождении составляла 2387±101,76 г, рост – 43,4±0,71 см. Все новорожденные были приложены к груди матери на 1–2 сутки жизни и находились на смешанном вскармливании. Все дети родились от матерей с отягощенным акушерским анамнезом (бесплодие, выкидыши, аборт, внематочная беременность). Настоящая беременность чаще всего осложнялась воспалительными заболеваниями генитальной сферы (92,4%). Высокий удельный вес занимали болезни органов дыхания (37,8%) и гестоз (21,2%). Роды характеризовались осложненным течением у большинства (86,4%) матерей. Преждевременное излитие околоплодных вод отмечалось у каждой третьей, а длительный безводный промежуток – у каждой четвертой роженицы. Слабость родовой деятельности развивалась у 31,8% женщин. Состояние всех детей при первичном обследовании было средней степени тяжести за счет сочетанной перинатальной патологии. Ведущим диагнозом у 48 детей (72,7%) была перинатальная энцефалопатия смешанного генеза. Из сопутствующей патологии у каждого третьего ребенка наблюдалась задержка внутриутробного развития, у каждого второго – конъюнкционная желтуха, анемия развивалась в 16,7% случаев. Клинические признаки кишечного дисбактериоза были выявлены у 59 (89,4%) человек. Снижение аппетита отмечалось у 40 (60,6%) детей, срыгивания – у 61 (92,4%) новорожденных. Метеоризм и связанное с ним беспокойство проявлялись у 58 детей (87,9%). Патологический характер стула имели 52 ребенка (78,8%). При анализе состава кишечного содержимого не было выявлено ни одного случая зубиоза. У подавляющего большинства младенцев (89,4%) отмечалась III степень дисбактериоза кишечника. Нормальных титров бифидобактерий не было обнаружено ни у одного обследованного ребенка, а в общем составе микрофлоры кишечника превалировала условно-патогенная флора семейства Enterobacteriaceae (средние lg титров): энтерококк – 5,7±0,28, энтеробактер – 4,2±0,57, протей – 3,1±0,14, клостридии – 2,4±0,19. Грибы рода Candida в высоких титрах (5,3±0,37 lg КОЕ) обнаруживались почти у половины (45,5%) детей. Грамположительная флора была представлена в основном стафилококками, причем S. aureus был обнаружен у каждого пятого ребенка в титрах 3,1±0,30 lg КОЕ.

Выводы. 1. Наиболее частыми факторами перинатального риска явились осложненный акушерский анамнез матерей, патологическое течение настоящей беременности (генитальные инфекционно-воспалительные заболевания, болезни органов дыхания, гестоз) и родов (слабость родовой деятельности, раннее излитие околоплодных вод, длительный безводный промежуток). 2. Среди клинических проявлений кишечного дисбактериоза у обследованных новорожденных чаще отмечались снижение аппетита, срыгивания, дисфункция кишечника. 3. У всех детей были выявлены глубокие изменения как в составе облигатной, так и факультативной условно-патогенной микрофлоры. Это, вероятно, объясняется большей уязвимостью их организма в силу морфофункциональной незрелости, недостаточностью адаптационных возможностей организма преждевременно рожденного ребенка, а также нарушением регуляторной активности центральной нервной системы.



ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ

Гаврютина И.В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России», Москва

Качественное и успешное оказание неотложной медицинской помощи детям подразумевает мультидисциплинарный подход к решению поставленных перед врачом задач. Оказавшись на месте событий педиатр выступает не только в роли спасателя, но часто и в роли защитника маленького пациента от агрессии со стороны взрослых. Актуальность проблемы детского насилия подтверждается ростом числа зарегистрированных случаев жестокого обращения. Своевременное проявление настороженности со стороны врача к возможному несоответствию клинической картины и данных анамнеза может в дальнейшем обезопасить ребенка от грубого обращения, а иногда спасти жизнь. Детское насилие или жестокое обращение с ребенком все чаще становится причиной смертей детей и включает все формы физического и/или эмоционального плохого обращения, сексуальное насилие, отсутствие заботы, пренебрежение, торговля или другие формы эксплуатации, способные привести или приводящие к фактическому ущербу для здоровья ребенка, его выживания, развития или достоинства в контексте отношений ответственности, доверия или власти. Несмотря на активную работу по предотвращению случаев жестокого обращения с детьми, актуальность проблемы остается. В настоящее время обозначены две основные перспективы работы. Первая – изучение открытого и явного насилия против детей. Вторая – анализ форм и причин неявного насилия, его последствий для развития детей и формирования негативных явлений в обществе: агрессии, жестокости, преступности. Необходимо раннее выявление случаев детского насилия с помощью четких критериев диагностики, а также своевременная профилактика, включающая информирование как врачей, так и детей о своих правах и обязанностях.

РАДИКАЛЬНЫЙ ПРЕЦИЗИОННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПИОГЕННОЙ ГРАНУЛЕМЫ У ДЕТЕЙ

Гасанова Э.Е., Горбатова Н.Е., Золотов С.А., Брянцев А.В., Батунина И.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения города Москвы, Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей», Москва

Введение. Пиогенная гранулема (ПГ) приобретенное доброкачественное опухолеподобное сосудистое образование кожи, возникающее на фоне реактивного расширения внутрикожного сосуда с формированием над ним воспалительного характера темно-красного округлого элемента, чаще в месте предшествующего повреждения кожного покрова. ПГ встречается у детей во всех возрастных группах, наиболее часто локализуется в области лица и верхних отделах туловища.

Актуальность. Характерным для пиогенной гранулемы является ее быстрый рост, в дальнейшем эрозирование, изъязвление поверхности и при минимальной травме относительно сильное кровотечение, отмечающееся в 7,5% случаев. В связи с частыми осложнениями ПГ для их профилактики необходимо своевременное и адекватное лечение. На сегодняшний день существует большое количество способов лечения ПГ. Существенным недостатком является не радикальность

единовременного лечения и необходимость проведения нескольких лечебных сеансов, или непрогнозируемая глубина воздействия, нередко приводящая к рубцовой локальной деформации кожи, а также сохранение внутрикожных сосудов, участвующих в гемодинамике ПГ, что определяет возможность рецидива данного образования. В связи с этим неудовлетворительные клинические и эстетические результаты лечения отмечают в 15–25% случаев. Это определяет необходимость выбора способа лечения адаптированного к особенностям строения ПГ с учетом наличия базальных ее сосудов.

Цель. Улучшение результатов лечения ПГ, включая осложненные кровотечениями, у пациентов детского возраста, с помощью способа интерстициальной селективной лазерной фотодеструкции, основанным на селективном поглощении лазерного излучения гемоглобином и водой.

Материалы и методы. В БУЗ НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы за последние три года проведен анализ результатов лечения 117 детей с ПГ, из них 27 осложненных кровотечениями. Оперативное вмешательство всем пациентам было выполнено разработанным в НИИ НДХиТ адаптированным для ПГ способом интерстициальной селективной лазерной фотодеструкции, патент на изобретение. В работе использовали генерирующий одновременно две длины волны лазерного излучения, 0,97 мкм и 1,56 мкм, лазерный хирургический аппарат ЛСП «ИРЭ-Полюс» (РФ). До операции всем пациентам проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) ПГ с цветовым доплеровским картированием (ЦДК). УЗИ выполняли для определения характера и скорости кровотока в сосудистой ткани ПГ, а также определения локализации и размеров базальных сосудов, участвующих в ее гемодинамике. Оперативное лечение 90 пациентам было выполнено в плановом порядке в условиях амбулаторной операционной под местной анестезией, 2% раствором новокаина. В связи с кровоточащей ПГ у 27 больных, после остановки кровотечения консервативными методами в 17 случаях была выполнена экстренно-отсроченная операция также амбулаторно и под местной анестезией. В случае наличия у 10 детей выраженного кровотечения из ПГ и невозможностью его купирования консервативными методами произведено экстренное оперативное лечение в условиях операционной стационара под общим обезболиванием. Длительность выполнения операции с использованием способа интерстициальной селективной фотодеструкции во всех случаях была не более 7 ± 3 минут.

Результаты. Во время выполнения фотодеструкции сразу был отмечен радикальный эффект удаления и полный гемостаз, осложнений не было. Послеоперационный период у всех пациентов протекал без особенностей, с полным заживлением раневого дефекта на 12 ± 2 сутки, ± и носил свойственный лазерным ранам локальный асептический характер воспаления. В отдаленном периоде после операции от 6 мес. до 1 года с частотой 1 раз в 3–6 мес. проводили контрольные осмотры и УЗИ области операции. Рецидива сосудистого образования или наличие его остаточных элементов ни в одном случае не было выявлено, зоны фотодеструкции были представлены ровными, не деформирующими кожный покров и еле заметными точечными участками на коже.

Заключение. Для профилактики и предотвращения осложнений у детей с ПГ, включая кровоточащие, показано оперативное лечение адаптированным для этой цели способом интерстициальной селективной лазерной фотодеструкции. Это обеспечит радикальное и прецизионное удаление всех патологических сосудистых структур, включая базальные, ПГ, надежный гемостаз, и минимизирует повреждение окружающих ее тканей, а также достижение хорошего клинического и эстетического результата лечения пациентов детского возраста.

СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Гордеева Е.А., Гонтова Г.Т., Абрамов А.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Расстройство пищевого поведения (РПП) – это гетерогенная группа расстройств, встречающаяся при разных психических заболеваниях. Среди них наиболее частыми являются: нервная анорексия и нервная булимия. Нервная анорексия характеризуется осознанным ограничением в питании вплоть до полного отказа от еды, вызыванием после еды рвоты, приемом слабительных, диуретиков и чрезмерными физическими нагрузками. Нервная булимия характеризуется неутоляемым чувством голода, а в поведении доминирует постоянное переедание с последующим рвотным поведением или приемом слабительных и диуретиков. Актуальность исследования определяется ростом данной патологии в последние годы, снижением возраста возникновения заболевания, несвоевременностью обращения к специалистам и, как следствие этого, утяжелением симптоматики.

Целью настоящей работы является анализ основных сопутствующих соматических осложнений у детей и подростков с расстройствами пищевого поведения. Пациенты с РПП, как правило, первично попадают на прием к педиатру или узким специалистам с соматическими жалобами или осложнениями основного заболевания. Соматические проявления при РПП не являются специфическими и зависят от индивидуальных особенностей конкретного пациента, наличия сопутствующей хронической патологии и «отягчающих факторов» (водная нагрузка или дегидратация, наличие рвотного поведения и прочее). Основные жалобы, предъявляемые на первичном приеме у педиатра, гастроэнтеролога – снижение аппетита, тошнота, изжога, отрыжка, рвота, тяжесть и боль в животе, запоры; у педиатра, кардиолога, невролога – слабость, утомляемость, головокружение, синкопальные состояния; у эндокринолога, гинеколога – нарушение менструального цикла, аменорея; у педиатра, нефролога – отеки, нарушение диуреза. По поводу выявленных изменений назначается курсовое лечение, однако эффект от терапии бывает временным либо отсутствует, так как не учитывается основная причина заболевания. На базе 5-го отделения ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им.Г.Е. Сухаревой ДЗМ» проведен анализ анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных данных 84 пациентов с синдромом нервной анорексии и нервной булимии в возрасте от 9 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в 2018–2019 (5 месяцев) гг. с диагнозом по МКБ-10 F50.0–F50.3. В 2018 году в группе из 41 пациента более 70% поступили с тяжелой и умеренной степенью белково-энергетической недостаточности (БЭН), 10% с легкой степенью. Без дефицита веса поступило 19,5%. За 5 месяцев 2019 года проанализированы данные 43 пациентов с РПП. Из них более 50% госпитализированы с умеренной и тяжелой степенью БЭН, 21% поступили с легкой степенью. Без дефицита веса 25% подростков. Практически у всех пациентов выявилась сопутствующая соматическая патология. Основные нарушения диагностированы в работе ЖКТ. По результатам ЭГДС в 2018 году: К 29.9 – 53,6%; К 21.0 – 31,7%; К 29.3–29.6 – 27%; К20.0 – 9,7%. В 2019 году: К 29.9 – 48,8%; К 21.0 – 20,9%; К 29.3–29.7 – 35%; К20.0 – 11,6%; К 29.8 – 4,6%; К 26.7 – 2,3%. Среди сопутствующих соматических расстройств были изменения ритма сердца, слабость синусового узла, функциональные шумы, дисменорея, транзиторные изменения гормонов щитовидной железы. По данным наблюдений, длительность лечения детей с РПП в условиях психиатрического стационара для детей и подростков в среднем при умеренной и тяжелой степени БЭН составляет 2–3 месяца.

Выводы. 1. У 100% больных с нервной анорексией и нервной булимией выявлены нарушения деятельности ЖКТ. 2. При тяжелой степени БЭН растет количество осложнений в соматическом статусе. 3. Пациенты с нервной булимией без дефицита веса, но имеющие в течение длительного времени рвотное поведение, чаще обнаруживают ГЭР, эзофагиты, эрозивные изменения слизистой пищевода и желудка. 4. При умеренной и тяжелой степени БЭН увеличивается длительность стационарного этапа лечения. 5. Обращение за помощью на начальном этапе заболевания снижает риск развития вторичных соматоэндокринных нарушений. 6. Для своевременной диагностики РПП специалистам первого звена необходимо уточнять сведения из анамнеза об исходном весе, динамике его снижения, связи потери веса с психологическими установками подростка. 7. Значимость ранней диагностики РПП вызывает необходимость разработки четкой маршрутизации этих пациентов на этапе первичного обращения к врачам-специалистам.

СООТНОШЕНИЕ ДИСГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ ШКОЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

Гончарова Г.А., Скоблина Н.А.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России», Москва

Важнейшим критерием, отражающим состояние здоровья школьников, является уровень физического развития, поэтому особую значимость приобретают научные исследования, направленные на изучение физических и психофизиологических особенностей организма детей и подростков и их сравнительный анализ с позиций донозологической диагностики. Основной целью исследования было изучение взаимосвязи между показателями физического развития с состоянием нервно-психического здоровья учащихся в период школьного онтогенеза. Проведено проспективное комплексное исследование учащихся московских школ. Объем выборки составил 220 учащихся в каждом возрасте в течение школьного обучения. Для оценки состояния нервно-психической сферы использовался метод экспресс-оценки донозологических нервно-психических нарушений, основанный на комплексном опросе обучающихся, их родителей и классных руководителей. Сбор информации о симптомах нарушений здоровья обучающегося, включая особенности его самочувствия, самовосприятия и поведенческие проявления социального функционирования, проводился на основе комплексного индивидуального опроса по трем анкетам (7260 анкет). Анкета для обучающихся состояла из основных блоков, позволяющих оценить наиболее распространенные симптомокомплексы (СК) нервно-психических нарушений пограничного уровня с набором характерных для каждого из них симптомов: вегетативного, астенического, аффективного и личностных особенностей. Каждый СК представлен в % его встречаемости. Также мы учитывали раннюю перинатальную патологию (РПП). Анкеты анализировались с помощью программного обеспечения на основе бланково-компьютерной технологии путем сопоставления между собой ответов обучающихся, родителей и педагогов. Физическое развитие оценивалось по унифицированной антропометрической методике, основанной на региональных шкалах регрессии с использованием стандартного инструментария. Были выделены группы с нормальным физическим развитием (НФР), с дефицитом (ДМТ) и избытком массы тела (ИМТ). Сравнительный анализ гармоничности физического развития проводился в сопоставлении с состоянием нервно-психического



здоровья учащихся на основе комплексной оценки по изучаемым симптомокомплексам. Анализ показал, что у учащихся с ДМТ (29,81%) вегетативные нарушения чаще встречались по сравнению с лицами с НФР (27,91%) и детьми с ИМТ (24,66%) ($p < 0,05$), особенно значимы эти различия в группе девочек ($p < 0,001$). Астеническая симптоматика чаще встречалась у учащихся с ДМТ в среднем в 39,49%: как у девочек (40,76%), так и у мальчиков (37,98%). Наименьшее количество астенических нарушений наблюдалось у учащихся с НФР и ИМТ. У учащихся с ДМТ астеническая симптоматика превалировала по сравнению с детьми с НФР на всем протяжении школьного онтогенеза, достигая в 5–8 классах значимых различий ($p < 0,01$). Наибольшее количество аффективных нарушений наблюдалось у учащихся с ДМТ 27,56% по сравнению с лицами с НФР 23,70% ($p < 0,01$) или ИМТ 23,05% ($p < 0,01$). Эта тенденция наблюдалась в младшем ($p < 0,05$) и особенно в среднем ($p < 0,001$) школьном возрасте преимущественно у девочек. Личностные нарушения чаще встречались у учащихся с ДМТ (17,32%) по сравнению с лицами с НФР 12,38% ($p < 0,01$), особенно у мальчиков. А у девочек – как с ДМТ – 13,95%, так и с ИМТ 15,04%, т.е. у лиц с дисгармоничностью физического развития. Динамические наблюдения показали, что наибольшее количество личностных нарушений наблюдалось у учащихся в средней школе с ДМТ 21,10%. РПП достоверно чаще встречалась у учащихся с ИМТ во всей выборке учащихся 28,16% по сравнению со школьниками с НФР 22,50% и ДМТ 23,58% ($p < 0,001$), особенно у девочек. Дисгармоничное физическое развитие у школьников достаточно часто сочетается с достоверным ухудшением нервно-психического здоровья на протяжении периода обучения в школе. Наблюдаемые нарушения нервно-психического здоровья различны у учащихся с ДМТ и ИМТ и достигают значимых различий в пре и пубертатном периодах школьного онтогенеза. У учащихся с ДМТ значимо более часто встречается астеническая и аффективная симптоматика, а также личностные отклонения. У учащихся с ИМТ, с высокой значимостью чаще встречается РПП в анамнезе. Т.о., особенности физического развития могут быть использованы для выявления детей, предрасположенных к определенным нервно-психическим нарушениям.

ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ПОДРОСТКОВ

Грецов Е.М., Хитева А.Ю., Семенова Л.А.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Москва

Актуальность: коморбидность туберкулеза органов дыхания и сахарного диабета (СД) остается одной из главных проблем фтизиатрии. Это связано с тем, что оба заболевания являются сочетанными, взаимно утяжеляют течение и прогноз друг друга, приводят к длительному сохранению деструкции легочной ткани и формированию туберкулом. Это обуславливает необходимость комплексного лечения с применением клапанной бронхоблокации и/или хирургического вмешательства. В существующих нормативных документах нет научно обоснованных критериев, определяющих длительность лечения туберкулеза у данной категории детей. Цель: показать возможность комплексного лечения с персонализированным подходом к определению длительности терапии после операции у детей и подростков.

Материал и методы: в когортное проспективное исследование за 2014–2018 гг., включены 7 подростков 16–17 лет с сопутствующим СД I типа. Проводилось микробиологическое исследование мокроты (трехкратно при поступлении и ежесменно) с определением лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) молекулярно-генетическими и культуральными методами (ВАСТЕС MGIT-960). Рентгенологический контроль осуществлялся с помощью компьютерной томографии органов

грудной клетки при поступлении и в динамике. Хирургическое вмешательство и/или клапанная бронхоблокация выполнялись на различных сроках лечения. Операционный материал изучался морфологическими и микробиологическими методами. Оценка результатов лечения проводилась через 1 год. В подростковом отделении ФГБНУ «ЦНИИТ» были разработаны критерии, определяющие длительность лечения пациентов после хирургического вмешательства. Терапия в течение 3 мес., назначается при: объеме операции до 2 сегментов; отсутствии роста МБТ из операционного материала; легкой или умеренной степени активности воспаления по данным морфологического исследования; отсутствии осложнений после операции; удовлетворительной переносимости препаратов; без посттуберкулезных изменений. Лечение в течение 6 мес. проводится: если объем операции более 2 сегментов; из операционного материала получен рост МБТ; умеренная/выраженная активность воспаления; неудовлетворительная переносимость препаратов; наличие посттуберкулезные изменения. В случаях этапных и экстренных операций длительность лечения составляла более 6 мес. Результаты: у троих пациентов туберкулез выявлен впервые, четверо поступили на повторный курс лечения. При поступлении диагностированы: 6 – туберкуломы, 1 – инфильтративный с распадом, 1 – фиброзно-кавернозный. Бактериовыделители – 5, из них: у 2 – лекарственная чувствительность сохранена; 3 – множественная лекарственная устойчивость, 1 – широкая лекарственная устойчивость. Лечение: I стандартный режим – 2, индивидуальный – 5. Абациллированы: через 1 мес. – 3; через 2 мес. – 2; через 6 мес. – 1. Рентгенологическая динамика: формирование туберкуломы в исходе инфильтративного туберкулеза – у 1; рассасывание перикавитарной инфильтрации – 1; уменьшение туберкулом до крупных очагов – 2; отсутствие динамики при неэффективно леченных ограниченных процессах – 4. Операции проведены у 5 пациентов: 4 – с туберкуломами, 1 – фиброзно-кавернозный туберкулез. На дооперационном этапе у 2 из 5 пациентов проведена клапанная бронхоблокация с положительным эффектом в виде закрытия полости распада в одном легком. Это позволило избежать этапной операции при двустороннем процессе. В 3 из 5 случаев из операционного материала получен рост МБТ. По морфологическом исследовании активность специфического воспаления: низкая – 1; умеренная – 3; выраженная – 1. Длительность лечения после операции: 3 мес. – 1; 6 мес. – 3, 12 мес. – 1. После завершения основного курса лечения у 1 пациента – рецидив. Выводы: лечение пациентов при сочетании туберкулеза и СД должно быть персонализированным и комплексным с применением как клапанной бронхоблокации так и хирургического вмешательства. Длительность терапии после хирургического вмешательства основана на разработанных критериях, что позволило сократить время приема лекарств.

СОСТОЯНИЕ МАММОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННЫХ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Гуменюк О.И., Черненко Ю.В., Петрухина Е.А.

Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, Саратов

Маммологическая помощь женщинам старше 18 лет включает регулярные осмотры гинекологами, проведение ультразвукового исследования молочных желез и рентгеновской маммографии. Соответствующая помощь девушкам моложе 18 лет регламентируется Приказом МЗ РФ № 572н (от 01.11.2012 г., с изменениями от 11.06.2015 г. и 12.01.2016 г.), в котором четко не прописан алгоритм и объем маммологического обследования в данной возрастной категории. В настоящее время ультразвуковое исследование молочных желез предложено внести в обязательный перечень обследований, проводимых в рамках ежегодных диспансеризации у девочек подросткового возраста (М.Л. Травина, 2019). Данное предложение находится на стадии обсуждения.

Цель. Оценить состояние маммологического здоровья девочек подросткового возраста. Пациенты и методы. Проведено анкетирование, осмотр и обследование 2533 девочек в возрасте 10–18 лет (средний возраст 14,9±1,5 года), учащихся средних общеобразовательных школ, учреждений начального и среднего профессионального образования. При анкетировании использовалась собственная анкета по оценке маммологического здоровья, включавшая вопросы о наличии постоянных и предменструальных болей в молочных железах (масталгий), травм молочных желез, наследственной отягощенности по патологии молочных желез. Обследование включало ультразвуковое исследование молочных желез, органов малого таза, щитовидной железы и другие лабораторные и инструментальные исследования (по показаниям).

Результаты. Маммологическое здоровье характеризовалось возрастом телархе 10–11 лет, наличием болезненности и асимметричности молочных желез в период роста у 52% школьниц; болезненностью в молочных железах перед менструацией у 45% и постоянными масталгиями – у 5% девушек. На травмы молочных желез указали 5% обследованных. Наследственная отягощенность по патологии молочных желез (мастопатия или дисплазия молочных желез) имела место у каждой третьей школьницы, по раку молочных желез – у 15% девушек. По данным ультразвукового исследования молочных желез у четырех девушек выявлены фиброаденомы; у 26% – диагностирована дисплазия молочных желез (кистозная, фиброзная, железистая).

Заключение. Поученные результаты свидетельствуют о распространенности маммологических заболеваний у девочек подросткового возраста и необходимости модернизации маммологической помощи в данной возрастной категории.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Гусева М.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Д. Рогачева» Минздрава России, Москва

Лечение ребенка, имеющего злокачественную опухоль головного мозга (ОГМ), ассоциировано с рядом серьезных психотравмирующих факторов, каждый из которых может внести вклад в развитие синдрома депрессии: витально-опасное заболевание, высокая ятрогенная агрессия терапии с формированием тяжелого внутреннего конфликта, при котором «агрессорами» являются значимые люди; формирование внутренней картины болезни сопряжено с восприятием опухоли, как «плохого» объекта, являющегося частью «Я»; множественные утраты – привычный образ жизни, длительные разлуки с семьей, вынужденный переезд к месту лечения, утрата одного из родителей в результате развода или смерти [Г.Я. Цейтлин с соавт. Медико-социальные проблемы семей, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием, и пути их решения в практике детской онкологии. Педиатрия/2017/№2/с.173–181]. Невозможность адаптивного «ответа» на стресс «бей или беги» в ситуации медицинской «агрессии» приводит ребенка к «подавлению» аффектов, смещению «вектора» агрессии на себя и развитию депрессии. Депрессию нелегко распознать, особенно у маленького пациента с ОГМ, в связи с развитием комплекса соматических нарушений, в то же время своевременное обращение к специалисту снижает риски развития тяжелых поведенческих нарушений и психических расстройств. Цель: изучение ранних проявлений депрессии у детей с новообразованиями головного мозга на этапе реабилитации. Материалы и методы. Обследованы 36 детей от 5 до 16 лет (медиана 9; 17 мальчиков; 19 девочек) в ЛРНЦ «Русское поле» ФГБУ НМИЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии им. Д. Рогачева.

Методы: анализ контента ненаправленной игры ребенка в терапевтической песочнице, изучение его семейного и клинического анамнеза, клиническое интервью с родителями в течение 4 психотерапевтических встреч. Статистическая обработка проводилась в программе MS Excel. Результаты. У 15 (41,6%) детей отмечались поведенческо-невротические симптомы, такие как вялость, апатия, повышенная утомляемость, снижение настроения, концентрации внимания, мотивации к деятельности, самооценки, интереса к общению со сверстниками и пр. Соматические жалобы – нарушения сна, вегетативные и вазовегетативные расстройства, телесные боли – выявлены у 11 (30,6%). У детей депрессия часто маскируется соматизированными формами, при которых психические проявления выражены слабо или отсутствуют, а психопатология проявляется соматоформными вегетативными дисфункциями, что затрудняет ее диагностику. Особого внимания заслуживают симптомы психического регресса и аутоагрессии, являющиеся основными защитными реакциями при подавлении тревоги и агрессии, и, соответственно, индикаторами развивающейся депрессии. Аутоагрессивное поведение выявлено у 25 (69%), 82% мальчиков и 58% девочек, разница статистически недостоверна, $p > 0,05$. Аутоагрессия у детей младшего возраста чаще манифестируется неосознанным самоповреждающим поведением (ониофагия; склонность падать, раниться, биться головой) или поведением жертвы; у старших – осознанным (сэлф-харм) и неосознанным (нанесение татуировок, пирсингов, отказ от социальных контактов; анорексия и пр.). Регрессивное поведение отмечалось у 24 (67%), у девочек достоверно чаще, чем у мальчиков – 84% и 47%, $p < 0,01$. Регрессивное поведение манифестируется возвратом к симбиотическим отношениям с матерью, сменой пищевых предпочтений, сценарием поведения «маленького ребенка» – от частого плача, сосания пальца, энуреза, энкопреза до утраты речевых и моторных навыков. Регресс важно дифференцировать с задержкой психического развития, особенно у детей, переживших операцию на головном мозге. Аутоагрессию и регресс, еще до их клинических проявлений, можно обнаружить проективными методами – в играх, историях, рисунках ребенка, и тогда их легко скорректировать при проведении психотерапии.

Выводы: Для врача – детского онколога особенно актуальна дифференциальная диагностика между соматизированной депрессией, депрессивной реакцией на болезнь и соматическими симптомами не психогенной природы как эффектами противоопухолевой терапии. Необходимо междисциплинарное сотрудничество педиатра, клинического психолога, психиатра для своевременного выявления симптомов депрессии и профилактики развития депрессивного синдрома. Своевременное обнаружение признаков аутоагрессии и регресса у ребенка с ОГМ является поводом для назначения психотерапии в период его лечения и реабилитации.

ГИПЕРОСТОЗ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ПРАВОЙ КЛЮЧИЦЫ (СИНДРОМ КАФФИ–СИЛВЕРМАНА) У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Демина И.В., Ельчанинова О.В., Игринева Е.Н., Ситаева Н.В., Славнова О.В.

Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежская областная детская клиническая больница № 1», Воронеж

Цель и задачи: проанализировать случай гиперостоза нижней челюсти и правой ключицы (Синдром Каффи–Силвермана) у ребенка первого года жизни.

Методы и материалы: изучена история болезни больной А., 27.06.2019 г.р. Методы обследования: клинические, лабораторные, функциональные, инструментальные.

Результаты: ребенок родился от II беременности, протекавшей без особенностей (I беременность – ребенок 3 года, здоров). Роды II, срочные,



самостоятельные. Вес при рождении 3300 г, рост 53 см. Закричала сразу, к груди приложена на 1 сутки. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Из роддома выписана домой. Со слов мамы, ребенок болен с рождения, когда заметила уплотнение в области правой ключицы. За помощью не обращались. 13.09.19 г., появились жалобы на снижение аппетита, стала более вялой, появилась сыпь на коже в паховой области. Обратились в Новоусманскую РБ, где находилась на лечении в течение 10 дней, откуда была переведена БУЗ ВО «Воронежскую областную детскую клиническую больницу № 2» (ВОДКБ № 2) (инфекционное отделение) по поводу инфекции мочевой системы, поражения кожи. С 24.09.19 г. по 04.10.19 г. находилась на лечении в инфекционном отделении по поводу бактериальной инфекции мочевой системы, кожи, кишечника, откуда для дальнейшего лечения переведена в БУЗ ВО «Воронежской областной детской клинической больницы № 1» («ВОДКБ №1») в отделение патологии новорожденных и недоношенных № 2 (ОПН и ОПН № 2). За время госпитализации на себя обращали внимание эпизоды лейкоцитоза до $34,2 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитоза $789 \times 10^9/\text{л}$, повышенного СОЭ до 38 мм/ч в общем анализе крови. Ребенок проконсультирован гематологом (09.10.19 г.): реактивный тромбоцитоз, лейкоцитоз. Рентгенография ключиц (09.10.19 г.): отмечается выраженная периостальная реакция в медиальной и дистальной третях правой ключицы. Деформации, костно-деструктивных изменений не выявлено. УЗИ мягких тканей шеи, грудной клетки (09.10.19 г.): признаки утолщения ключицы, дефект утолщения надкостницы, лимфаденита надключичной области справа, отека клетчатки, реактивной лимфоаденопатии до околоушных областей, сиалоаденита. Ребенок проконсультирован челюстно-лицевым хирургом (11.10.19 г.): гиперостоз правой ключицы, нижней челюсти. Консультация генетика (15.10.19 г.): синдром Каффи–Силвермана. Компьютерная томография органов грудной клетки (21.10.19 г.): признаки гиперостоза нижней челюсти и правой ключицы с наличием мягкотканого компонента. 24.10.19 г. ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Выводы. Практический интерес данного наблюдения обусловлен редкостью заболевания и необходимостью проведения дифференциального диагноза с гематогенным остеомиелитом, костно-суставным туберкулезом, врожденным сифилисом, Бамбергера–Мари периостозом, гипервитаминозом А (токсическая остеопатия), врожденными диафизарными гиперостозами Камурати–Энгельманна. Прогноз для жизни и в отношении выздоровления благоприятный. Большинство авторов сообщают о спонтанном клиническом и рентгенологическом излечении через несколько месяцев.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ИСТОЩЕНИЯ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДНК ГЕПАТОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ФОРМЫ У НОВОРОЖДЕННОГО

Демина И.В., Ельчанинова О.В., Игринева Е.Н., Ситаева Н.В., Славнова О.В.

Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежская областная детская клиническая больница № 1», Воронеж

Цель и задачи. Проанализировать случай синдрома истощения митохондриальной ДНК (мтДНК) гепатоцеребральной формы у новорожденного. Методы и материалы: изучены история болезни больной Ц., 07.07.2019 г.р. Методы обследования: клинические, лабораторные, функциональные. Результаты: ребенок родился от I беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в 14 недель, анемии II половины, хронической внутриутробной гипоксией плода. Роды I, в сроке 40–41 неделя, самостоятельные. Вес при рождении 2300 г, рост 47 см. Окружность головы 33 см. Окружность груди 32 см. Закричала сразу, к груди приложена на 1 сутки. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. В возрасте

3 суток жизни ребенок переведен в отделение патологии новорожденных и недоношенных № 3 (ОПНИН № 3) БУЗ ВО «Воронежской областной детской клинической больницы» («ВОДКБ № 1») в связи с синдромом срыгивания, желтухой, незрелостью, хронической внутриутробной гипоксией. За время госпитализации на себя обращали внимание эпизоды гипогликемии с возраста 6 суток до 3 недель жизни; синдром срыгиваний и рвоты, требующие сокращения объема энтерального питания вплоть до его отмены; желтуха, изначально за счет свободной фракции, к моменту выписки уровень связанного билирубина составил 50%. В возрасте 1 месяца и 1 недели ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии: прибавка веса достаточная, желтуха купирована, гликемия в норме. В возрасте 2 месяцев и 1 недели родители ребенка отметили отсутствие фиксации взгляда ребенком, снижение аппетита, быстрое уставание при сосании бутылочки, снижение прибавки веса. Ребенок был проконсультирован неврологом и направлен на стационарное лечение и обследование в ОПНИН № 2 БУЗ ВО «ВОДКБ № 1». Состояние при поступлении средней тяжести за счет основного заболевания. Масса тела 3900 г, окружность головы 37,5 см. Кожные покровы субиктеричные с зеленоватым оттенком. Тургор тканей удовлетворительный. Подкожно-жировой слой развит слабо. Большой родничок 2,0 см×2,5 см. Дыхание пуэрильное. ЧДД 42 в мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. SatO₂ – 96%. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 138 уд. в мин. АД 70/36 мм рт. ст. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул кашицеобразный, гипохолчный. Мочится регулярно, моча светлая. Сознание ясное. Неврологический статус: мышечный тонус и сила мышц умеренно снижены, сухожильные рефлексы живые, D=S. ЧМН – постоянный крупноразмашистый нистагм в срединном положении глазных яблок. Взгляд фиксирует кратковременно. При обследовании общий анализ крови, мочи без патологии. В биохимическом анализе крови снижение глюкозы до 2,7 ммоль/л, повышение общего билирубина до 116,9 мкмоль/л, свободный – 56,3 мкмоль/л, АсАТ – 200,4 Ед/л, АлАТ – 102,2 Ед/л. Скрининг тандемной масс-спектрометрии на наследственные болезни обмена от 10.10.2019 г.: повышен уровень тирозина – 1016,574 мкм/л (норма от 10 до 300), метионина – 178,345 мкм/л (норма от 6 до 160). Моча на органические кислоты от 28.10.2019 г. – повышен уровень 4-гидрокси-фенилпирувата – 1659,67 мМ/моль CRE (норма от 0 до 2), 4-гидрокси-фениллактата – 3838,87 мМ/моль CRE (норма от 6 до 28), себациновой кислоты – 804,74 мМ/моль CRE (норма от 0 до 2), субериновой кислоты – 94,65 мМ/моль CRE (норма от 0–2), 3-гидроксисебациновой кислоты – 87,09 мМ/моль CRE (норма от 0–2), 2-гидроксиизобутирата – 37 мМ/моль CRE (норма от 0–2). Активность лизосомных ферментов от 6.11.2019 г: галактоцереброзидаза, галактозидаза, сфингомиелиназа, альфа-идуридаза в пределах нормы. УЗИ печени, желчного пузыря от 8.10.2019 г.: признаки гепатомегалии, диффузных изменений в печени, перегибов и увеличения желчного пузыря, отека парапузырной клетчатки. Консультация генетика от 15.10.2019 г: наследственное заболевание обмена веществ неуточненное (лизосомальные болезни накопления?). Проведено лабораторное скрининговое исследование ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова» г. Москва гена DGUOK. В гене найдены крупные экзонные перестройки, приводящие к развитию синдрома истощения мтДНК гепатоцеребральной формы (MIM251780, аутосомно-рецессивный тип наследования).

Выводы: практический интерес данного наблюдения обусловлен редкостью заболевания, анализом современных возможностей диагностики. Синдром истощения мтДНК гепатоцеребральной формы имеет неблагоприятный прогноз, однако точная диагностика имеет исключительно важное значение для медико-генетического консультирования и позволяет предотвратить повторное рождение больного ребенка в семье.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ УРЕТЕРОАППЕНДИКОПЛАСТИКА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ

Демин Н.В., Кадыров З.А., Карасева О.В., Ладыгина Е.А., Горелик А.Л.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Цель работы. Описать редкий клинический случай повреждения верхней трети правого мочеточника и замещением его червеобразным отростком у пациента 5 лет.

Материалы и методы. Пациент, 5 лет, был сбит легковым автомобилем и доставлен силами СМП в областную больницу, где было выполнено дренирование правой плевральной полости, лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости, люмботомия справа, ревизия правой почки, дренирование паранефральной клетчатки справа.

Результаты. Пациент был госпитализирован в НИИ НДХиТ через 23 часа после травмы из областной больницы. По дренажу из правой плевральной полости отделяемого не было, по дренажу из паранефрального пространства справа – геморрагическое отделяемое с примесью мочи, по дренажу из малого таза геморрагическое отделяемое в просвете. Мочевой катетер функционирует, отходит свежая моча. При КТ исследовании выявлена травма верхнего полюса правой почки, признаки урогематомы незначительных размеров. При УЗИ отека, инфильтрации тканей окружающей почку справа, отграниченных жидкостных зон нет. По дренажу из паранефральной клетчатки отмечалось отделение мочи на вторые сутки до 950 мл, третьи и четвертые сутки по 250 мл., на 5 сутки отделяемое увеличилось до 400 мл. Ребенок был взят в операционную для проведения ретроградной уретерографии на которой был выявлен затек контрастного вещества за пределы мочеточника. При лапароскопии был выявлен полный отрыв мочеточника, попытка уретеропиелоанастомоза не удалась, мочеточник был фиксирован к лоханке 2 узловыми швами. Выполнена конверсия и установлена пиелостомы, которая через 3 месяца послеоперационного периода была заменена на нефростому в связи с ее нефункциональностью. Через 4,5 месяца после травмы была выполнена лапароскопия и заместительная уретероаппендикопластика верхней трети. Установлен внутренний стент на 2 месяца. После удаления стента верхняя треть мочеточника проходима, что подтверждено результатами урографии, МРТ. Через 3 месяца после операции отмечаются активные выбросы из мочеточника по данным УЗИ.

Заключение. Травматический отрыв мочеточника является редким повреждением у детей. При формировании стриктуры значительной протяженности верхней трети мочеточника и невозможности наложения уретеропиелоанастомоза диктует поиск нестандартных решений. Одним из них является лапароскопическая уретероаппендикопластика верхней трети, что было выполнено у данного пациента. В раннем послеоперационном периоде отмечается проходимость замещенного отдела мочеточника и сохранная функция почки. Отделенные результаты операции можно будет оценить в будущем.

ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ УРЕТРЫ У РЕБЕНКА 17 ЛЕТ

Демин Н.В., Ладыгина Е.А.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Цель работы. Описать редкий клинический случай пациента 17 лет с посттравматической венозной мальформацией уретры.

Материалы и методы. Пациент 17 лет, был доставлен в НИИ НДХиТ с жалобами на уретроррагию. На госпитальном этапе был проведен

тщательный сбор анамнеза заболевания и жизни пациента, выполнен ряд дополнительных исследований: УЗИ полового члена, МРТ полового члена, уретроскопия, спонгиография.

Результаты. С возраста 3 лет у пациента отмечались жалобы на периодическую уретроррагию, по поводу чего он неоднократно находился на стационарном лечении. Каждый раз пациент получал консервативную терапию в виде катетеризации мочевого пузыря в течение 5–6 суток. В последнюю госпитализацию в связи с выраженными явлениями уретроррагии пациенту была выполнено уретроскопия, выявлен измененный участок слизистой с источником активного кровотечения и выполнена его коагуляция. При каждой госпитализации ребенку устанавливался диагноз: Травма уретры. При поступлении в НИИ НДХиТ пациенту был установлен уретральный катетер, на фоне чего явления уретроррагии не прекратились и диагностический поиск начался с уретроскопии, на которой был выявлен участок измененной слизистой, который был принят за посттравматический. Была продолжена консервативная терапия, но в связи с продолжающейся уретроррагией выполнено УЗИ и МРТ полового члена, которые не дали дополнительной информации. Также была выполнена спонгиография, на которой визуализирована патологическая сосудистая сеть губчатого тела в области пенископального угла. Повторная уретроскопия во время эрекции позволила выявить изменения в уретре и спонгиозном теле в виде расширенных, пролабирующих в просвет уретры сосудов спонгиозного тела, которые являлись источником кровотечения. При механическом сдавливании полового члена эти сосуды запуседали. В связи с возрастом пациента, локализацией патологического образования и его распространенностью, с учетом возможных рисков и осложнений, нами было принято решение о хирургическом методе лечения. Ребенку было выполнено оперативное лечение – резекция губчатого тела уретры с сохранением адвентициальной оболочки. Заместительная уретропластика с использованием препуциального графта. В послеоперационном периоде в течение 10 суток пациент находился в стационаре с уретральным катетером. На контрольном обследовании, которое включало уретрограмму, уретроскопию и урофлоуметрию – не было выявлено каких-либо осложнений и рецидивов заболевания.

Заключение. Венозная мальформация уретры является редкой аномалией и может быть причиной рецидивирующей уретроррагии и гематоспермии. Для установки окончательного диагноза может потребоваться большое количество дополнительных методов исследования, наиболее информативным из которых является уретроскопия. Существует много способов лечения и выбор должен зависеть от многих факторов: начиная от возраста ребенка до навыков специалиста, в связи с чем специалисты, занимающиеся лечением подобных аномалий, должны обладать широким спектром методов лечения, включая реконструктивные операции на уретре. Хирургический способ лечения, с учетом всех рисков, дает хороший результат.

МОНИТОРИНГ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

Демикова Н.С., Подольная М.А., Лапина А.С.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева, Москва

Введение. Врожденные пороки развития – большая группа врожденных нарушений, характеризующихся анатомическими или структурными дефектами органов, сопровождающихся нарушением их функции. Врожденные пороки развития (ВПР) вносят значительный вклад в структуру причин мертворождений, младенческой и детской смерт-



ности, заболеваемости и инвалидности. Согласно рекомендации ВОЗ, признавшей ВПР глобальной проблемой современного здравоохранения, необходимо направить основные усилия на улучшение помощи детям с врожденными аномалиями и профилактику врожденных аномалий путем: 1) расширения исследований по этиологии, диагностике и профилактике врожденных аномалий и 2) разработки и развития систем регистрации врожденных пороков развития. В настоящее время регистры ВПР являются единственными источниками данных по распространенности пороков развития. Длительный учет случаев ВПР в регистрах, организованных на популяционной основе, позволяет получать не только оценки частот, присущие каждому конкретному региону, но и оценить динамику частот ВПР с определением их трендов.

Цель исследования. Оценка частот ВПР в регионах РФ и определение влияния профилактических мероприятий на частоту врожденных аномалий среди новорожденных.

Материалы и методы. В анализ взяты данные 23 регионов РФ, участвующих в течение длительного времени в мониторинге ВПР. Учет ВПР проводится среди живорожденных, мертворожденных детей и плодов с пороками развития, выявленными пренатально. Всего за 2011–2017 годы в 23 регионах зарегистрировано 27623 случая ВПР из группы обязательного учета (21 форма ВПР). Всего рождений – 3285362.

Результаты. В 23 регионах суммарная частота ВПР обязательного учета составила 84,08 на 10000 рождений. Получены оценки частот отдельных нозологических форм ВПР как в целом по РФ, так и в регионах. В структуре ВПР самую большую долю составляют пороки сердечно-сосудистой (34%), костно-мышечной (20%) и мочеполовой (17%) систем. Наибольший интерес представляет поведение частот пороков в динамике. За годы наблюдений отмечается значительное снижение частоты дефектов нервной трубки среди живорожденных детей. Снижение числа и частоты пороков этой группы среди живорожденных обеспечивается высоким уровнем их выявления при ультразвуковом исследовании беременных с последующей элиминацией пораженных плодов (вторичная профилактика). При положительном тренде общей частоты трисомии 21 за годы наблюдений, отмечено снижение частоты синдрома Дауна среди новорожденных, что является результатом применения пренатального скрининга.

Заключение. Эпидемиологические регистры ВПР обеспечивают слежение за частотой и динамикой частоты ВПР во времени, межрегиональный сравнительный анализ, а также позволяют оценить влияние профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня ВПР в популяции. Таким образом, мониторинг ВПР является эффективным инструментом оценки влияния профилактических мероприятий, что определяет его важную роль в системе профилактики врожденной патологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОАЛЛЕРГЕННОЙ РОТАЦИОННОЙ ДИЕТЫ И ПИЩЕВАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Денисова С.Н., Ревякина В.А., Тарасова О.В., Ильенко Л.И.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, г. Москва

Введение. Применение гипоаллергенной (ГА) диеты, с использованием пищевых продуктов методом их чередования (ротации), позволяет не только расширить рацион больного с атопическим дерматитом (АД) и обеспечить его всеми необходимыми основными пищевыми нутриен-

тами в соответствии с возрастными потребностями, но и способствует формированию пищевой толерантности у пациента.

Цель исследования. Провести оценку влияния различных вариантов ГА-диет на формирование пищевой толерантности у больных старше года с АД, вызванных аллергией к белкам коровьего молока (БКМ) или их непереносимостью.

Материалы и методы: У 41 ребенка в возрасте от 12 – 36 месяцев жизни (основная группа) проводилась комплексная терапия АД, которая включала ГА-диету с использованием метода ротации пищевых продуктов и противоаллергическое лечение. Группу сравнения составили 44 ребенка того же возраста (12–34 месяца жизни) с АД, получавших ГА элиминационную безмолочную диету и медикаментозную терапию. У всех детей развитие АД связано с употреблением искусственных молочных смесей в возрасте до 12 месяцев. Больные находились под наблюдением в течение 10 месяцев. С помощью индекса SCORAD проводилась оценка степени тяжести клинических симптомов АД. Для определения аллергенспецифических IgE и IgG антител к молочным белкам и соевому белку в сыворотке крови использовали твердофазный двухстадийный иммуоферментный анализ. Критериями формирования пищевой толерантности являлись положительная динамика клинических симптомов АД и показателей аллергенспецифических IgE и IgG антител к белкам коровьего молока и сои в сыворотке крови. Статистическая обработка фактического материала выполнена с применением программы Microsoft excel 2007, при помощи пакетов прикладных программ StatSoft Statistica 12.0.

Результаты. Наблюдения за больными АД основной группы показали, что ГА-диета с использованием метода ротации хорошо переносилась большинством детей, обеспечивая их адекватный рост и развитие. У 38 больных, получавших такую диету, через 2–3 недели от начала лечения отмечалась клиническая ремиссия АД. Из 41 пациентов основной группы только у трех детей введение ротационной диеты оказалось невозможным: в двух случаях матери не смогли организовать прием четырехдневного рациона питания, у одного ребенка была непереносимость большого количества пищевых продуктов. Эти дети были переведены на гипоаллергенную безмолочную диету. У всех детей из группы сравнения, в лечении которых использовалась ГА безмолочная диета, также была получена ремиссия АД. Различия по показателям индекса SCORAD между двумя группами больных АД были незначительными, как до, так и после проведения комплексного лечения с использованием различных ГА диет. На фоне проводимой комплексной терапии как в основной группе детей с АД, так и в группе сравнения, через 1,5–2 месяца от начала лечения отмечалась нормализация показателей аллергенспецифических IgG и IgE к БКМ. Концентрация общего IgE в крови также снижалась. Полученные клинические и иммунологические данные свидетельствовали о формировании у детей с АД пищевой толерантности на фоне проводимой диетотерапии.

Заключение. Использование как ГА-диеты методом ротации пищевых продуктов, так и ГА безмолочной диеты позволило достичь клинической, лабораторной ремиссии заболевания и формирования у детей с АД пищевой толерантности.

ЗАВИСИМОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТ МАССЫ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ

Елецкая К.А.
Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, Москва

Введение. Зависимость различных физиологических показателей от массы тела уже давно является предметом пристального внимания со стороны зарубежных и отечественных специалистов. В частности, многими учеными отмечался положительный эффект нормализации

веса в отношении кардиоваскулярных параметров (Nicoll R. et al, 2018; Zhao Y. et al, 2017). В ходе полового созревания, когда формируются и перестраиваются многие системы организма, отмечается высокая вариативность в показателях массы тела и других количественных величинах, отражающих функционирование органов и систем организма. В этом периоде закладывается фундамент будущего здоровья, и любые отклонения в развитии могут пагубно сказаться на жизни повзрослевшего человека.

Цель исследования. Показать зависимость значений артериального давления от массы тела среди подростков 11 и 15 лет в некоторых регионах РФ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на популяции школьников из 9 российских федеральных округов. В случайном порядке были отобраны 2023 школьника, в числе которых были: девочки 11 лет – 553 человека; девочек 15 лет – 502 человека; мальчиков 11 лет – 504 человека; мальчиков 15 лет – 464 человека. У всех подростков измеряли массу тела, показатели систолического и диастолического артериального давления. Затем определяли отклонения от массы тела (SDS), которые интерпретировали следующим образом: $\pm 1,0$ SDS – нормальные значения; $< -1,0$ SDS – недостаточное питание; $+1,0-2,0$ SDS – избыточная масса; $+2,0$ SDS – ожирение.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что избыточная масса, включая ожирение, чаще наблюдались в возрасте 11 лет, нежели в группе 15-летних подростков. У девочек 11 лет избыточная масса и ожирение встречались, соответственно в 13,74% и 8,68% случаев, а в 15-летнем возрасте – 10,76% и 3,59%. У мальчиков 11 лет аналогичные показатели составили – 14,09% и 18,06%, а для 15-летних – 10,78% и 8,84% случаев. Количество девочек с дефицитом массы тела практически не отличалось по возрастам, а у мальчиков в 15-летнем возрасте дефицит массы тела был почти в 2 раза больше, чем в группе 11-летних, что составило, соответственно, 9,05% и 4,96% случаев. Значения повышенного артериального давления распределялись по весовым группам неравномерно, но в целом наблюдалась тенденция роста частоты повышенного АД при избыточной массе и ожирении. Во всех случаях наблюдалась достоверная корреляция между показателями давления и массой тела ($p < 0,01$). При анализе зависимости систолического АД от массы тела, коэффициент корреляции Пирсона равнялся: для мальчиков 11 лет – 0,394; мальчиков 15 лет – 0,231; девочек 11 лет 0,330; девочек 15 лет – 0,228. Для диастолического АД коэффициент корреляции Пирсона составил: для мальчиков 11 лет – 0,206; мальчиков 15 лет – 0,185; девочек 11 лет – 0,227; девочек 15 лет – 0,148. Как видно из приведенных значений, для систолического давления наблюдались более высокие коэффициенты корреляции Пирсона по сравнению с диастолическим, и у 11-летних эти значения выше, чем для 15-летних. Последнее обстоятельство возможно связано с более высоким распространением избыточной массы тела и ожирения в группе 11-летних подростков. **Заключение.** Анализ данных, полученных в ходе настоящей работы, позволил оценить распределение значений массы тела в популяции российских школьников в возрасте 11 и 15 лет. Несмотря на то, что в возрастные группы входили разные подростки, можно предполагать, что по мере взросления наблюдается динамика параметров в сторону относительного уменьшения массы тела: это явление, по мнению авторов проведенного исследования, связано с перестройкой систем организма в пубертатном периоде. В приведенном исследовании нами впервые, на большой популяции российских школьников была доказана взаимосвязь между значениями массы тела подростков и показателями артериального давления. Полученные результаты могут быть в дальнейшем использованы для разработки стратегии по улучшению здоровья школьников и молодежи.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СТАТУСА ПИТАНИЯ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВИРУСНОЙ ДИАРЕЕЙ

Ерпулева Ю.В., Гаджимаева М.А.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России»; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская Городская Клиническая Больница № 9 имени Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Вступление. Дети раннего возраста с вирусными диареями очень быстро теряют массу тела, вследствие чего резко снижаются антропометрические показатели, нарастает недостаточность питания вплоть до кахексии. В связи с чем, необходимо краткосрочно оценить статус питания ребенка, с целью рационального подбора нутритивной поддержки. **Цель.** Оценка расстройство питания детей первого года жизни со среднетяжелой острой кишечной инфекцией вирусной этиологии на основании антропометрических методов исследования.

Материалы и методы. Нами проведено обследование у 12 больных детей раннего возраста со среднетяжелой острой кишечной инфекцией вирусной этиологии. Проведены антропометрические методы оценки статуса питания: массо-ростовые показатели, калиперометрия с оценкой кожно-жировой складки трицепса при поступлении и через неделю. Оценка показателей осуществлялась по расчетной формуле: индекс массы тела ($ИМТ = \text{Вес} / \text{Рост}^2$ (кг/м²)), центильным таблицам. Используемые инструменты: калипер, сантиметровая лента, настольные весы. **Результаты.** В результате анализа данных выявлено, что у 5 (41%) из 12 детей к моменту поступления в стационар отмечалось снижение ИМТ на 10%, у 3 (25%) детей на 20%. Через неделю, при контрольном исследовании ИМТ восстановился до 100%, что является физиологической нормой. При оценке кожно-жировой складки трицепса у всех исследуемых детей (100%) выявлено ее уменьшение на 1–2 мм от нормы, и расценивалось как легкая степень недостаточности питания, в связи с показателями меньше 50-го перцентиля. Уже к 5-му дню проводимой нутритивной поддержки отмечалось восстановление складки до физиологической нормы (50-й перцентиль).

Выводы. Антропометрические методы исследования самые легкодоступные для того, чтобы очень быстро оценить тяжесть расстройство питания у детей с вирусной диареей и своевременно назначить адекватную нутритивную поддержку.

ЧАСТОТА ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ Г. ИРКУТСКА В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Жданова Е.И., Мицкевич Д.И., Оширова А.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Иркутский государственный медицинский университет», кафедра детских болезней и детских инфекций, Иркутск

Актуальность. В современном мире проблема избыточного веса и ожирения неуклонно прогрессирует, затрагивая не только взрослых, но и детей. Избыточный вес и ожирение в детском возрасте является фактором риска развития патологий со стороны сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата; может привести к таким эндокринологическим проблемам, как сахарный диабет, нарушения полового созревания. В настоящее время основные силы здравоохранения направлены на борьбу с ожирением и недостаточно внимания уделяется избыточной массе тела; информации по изучению данной проблемы сравнительно мало.



Цель. Научная работа посвящена исследованию распространенности избыточной массы тела среди различных возрастных групп детского населения, выявлению закономерностей между особенностями жизни, развития детей и наличием у них избыточного веса.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования был разработан опросник, включающий клинико-anamnestические данные для детей разных возрастных групп. Методом свободной выборки произведен сбор данных о детях на базе отделений городской Ивано-Матренинской детской клинической больницы, на базе детских садов №№ 20 и 84 г. Иркутска и ДГП № 15. В ходе исследования был произведен статистический анализ данных 455 человек. Распределение по полу: девочек – 196 (43,1%), мальчиков – 259 (56,9%). Дети были разбиты по возрастным группам: от 1 года до 4 лет – 89 человек (19,6%); от 4 до 7 лет – 99 человек (21,8%); от 7 до 11 лет – 118 человек (25,9%); старше 11 лет – 149 человек (32,7%). Каждому ребенку проводили оценку ИМТ. За избыток массы тела свидетельствовало превышением ИМТ медианного значения более чем на 2 стандартных отклонения для детей до 5 лет и более чем на 1 стандартное отклонение для детей старше 5 лет. Для выявления провоцирующих набор массы факторов была сформирована контрольная группа, в которую вошли дети с нормальной массой тела. Проведено сравнение индивидуальных анамнестических данных в этих группах.

Результаты исследования. В ходе исследования свободной выборки 455 детей у 318 (69,9%) вес соответствовал показателям нормы, у 71 (15,6%) – избыток массы тела: мальчиков – 46 (64,8%), девочек – 25 (35,2%), у 66 (14,5%) – ожирение. Частота встречаемости избытка массы тела по возрастным группам: с 1–4 лет у 11,2% детей, с 4–7 лет – у 10,1%, с 7–11 лет – 22,03% и старше 11 лет – 16,8%. Во всех возрастных группах по полу преобладают мальчики. Анализируя анамнестические данные, выявлены факторы, провоцирующие появление избыточной массы тела. В основной группе отягощенная наследственность по сахарному диабету – 42,9%, ожирение у родственников – 48,6%; питание фастфудом – 1 р/нед – 62,9%, >1р/неделю – 20%; низкая физическая активность: дети занимавшиеся только физ.культурой в школе – 51,4%, ничем не занимаются – 20%. В контрольной группе отягощенная наследственность по сахарному диабету – 20%, ожирение у родственников – 22,9%; питание фастфудом – 1 р/нед – 34,3%, >1р/неделю – 31,4%; низкая физическая активность: дети занимавшиеся только физкультурой в школе – 65,7%, ничем не занимаются – 14,3%. Выводы. По данным исследования встречаемость избытка массы тела в детской популяции составляет 15,6%, по полу во все возрастных группах преобладают мальчики. Наибольшая частота избытка массы тела выявлена в возрасте от 7 до 11 лет – 22%. Как фактор риска – имеет значение отягощенная наследственность по метаболическому синдрому, пристрастие к фастфуду и некоторое снижение физической активности.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ И ДРУГИМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПРОЯВЛЯЮЩИМИСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Железоголо Е.А., Аверьянова Ю.В., Шумилов П.В., Макаров С.П., Петров Д.А.

Российская детская клиническая больница Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Цель. Синдром короткой кишки (СКК) и гастроинтестинальные нейромышечные заболевания (ГИНМЗ), сопровождающиеся хронической

кишечной недостаточностью (КН), характеризуются тяжелым течением, высокой частотой развития различных осложнений и значительной летальностью. У более 50 % детей, страдающих данной патологией, являются метаболические болезни костной ткани (МБК) – осложнение мультифакторного генеза, приводящее к усилению инвалидизации. В данной работе мы представляем алгоритм превентивной терапии и лечения МБК у обозначенной категории больных.

Методы: за 12 летний период на базе отделения хирургии № 2 в РДКБ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова было пролечено 58 детей с СКК и 44 с ГИНМЗ в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Пациенты получали лечение в рамках нетрансплантологических видов медицинской помощи детей с кишечной недостаточности: хирургическое лечение (аутологичные реконструкции кишечника с энтеропластикой по методике STER, реконструктивно-восстановительные операции на кишечнике); лечение в программе домашнего парентерального питания (ПП); медикаментозная терапия, направленная как на нивелирование симптомов КН, так и на стимуляцию интестинальной адаптации – использование синтетического аналога GLP-2 (глюкагоноподобный пептид-2) тедуглутида. Большое значение уделяли прогнозированию и превентивной терапии различных осложнений. Выраженный диффузный остеопороз, осложненный болевым синдромом, деформациями длинных трубчатых костей и патологическими переломами, были диагностированы у 24,5% детей. Диагностический алгоритм выявления МБК включал в себя рентгенографию костей, денситометрию для пациентов старше 5 лет, мониторинг уровня витамина Д (25(ОН)Д₃), микроэлементов (кальций-фосфорный обмен, Mg, Zn, Al), уровень щелочной фосфатазы (маркер формирования кости), в некоторых случаях паратиреотропный гормон. Обязательным компонентом являлась оценка нутритивного статуса и анализ инфекционных осложнений.

Результаты. В ходе нашей работы мы выявили положительную корреляцию между частотой и длительностью инфекционных осложнений (катетер-ассоциированные инфекции кровотока, кандидемия, ивизивный кандидоз, синдром избыточного бактериального роста и транслокации) и выраженностью МБК. Так же как коррелируют степень энтеральной толерантности и МБК. В зависимости от данных показателей, нутритивного статуса пациента, объема энтерального питания используем: 1) энтеральную дотацию препаратов нативных форм витамина Д₃ в повышенной дозе от 2000 до 4500МЕ/сут; 2) парентеральное введение активных метаболитов витамина Д (25(ОН)Д₃) при сохранении низкого уровня витамина D (<20нг/мл): препараты альфакальцидола или кальцитриола (инициальная доза 0,1 мкг/кг/сутки с 1 месяца жизни) курсом по 10 дней 1 раз в квартал; 3) энтеральная и/или парентеральная дотация кальция и фосфора: кальций 150–220 мг/кг/сут и фосфор 75–140 мг/кг/сут; 4) парентеральное введение жирорастворимых витаминных комплексов (Виталипид Н детский и Солувит Н), а также минеральных комплексов (Аддамель Н); 5) при выраженном процессе МБК – особенно при патологических переломах – парентеральное введение препаратов активных метаболитов витамина D в сочетании с внутримышечным введением холекальциферола в нагрузочной дозе 100 тыс МЕ на 10 кг, в наиболее тяжелых случаях – с ингибиторами резорбции костной ткани – бисфосфонатами (Бондронат). Обязательными компонентами превентивной терапии и лечения являются: естественная инсоляция, адекватная физическая активность, индивидуально подобранный план реабилитации ЛФК «без боли» и физиотерапии (миостимуляции). Глобальная стратегия лечения МБК – восстановление энтеральной автономии с редукцией или отменой ПП, контроль инфекционного статуса. Заключение. Дети с СКК и ГИНМЗ требуют междисциплинарного подхода и тщательного контроля за возможными осложнениями, в частности за МБК. Прогнозирование и превентивная терапия метаболических болезней костной ткани позволят снизить процент патологических переломов, обуславливающих дополнительную инвалидизацию обозна-

ченной группы больных, а также расходы, связанные с дорогостоящим длительным лечением и реабилитацией тяжелых форм МБК, что несомненно имеет большое клинико-экономическое и социальное значение.

НЕПОЛНАЯ ФОРМА СИНДРОМА КАВАСАКИ У ГРУДНОГО РЕБЕНКА

Зайцева Н.С., Толстова Е.М., Зайцева О.В., Аксенова Е.С., Ефимова Е.В., Радимова Е.Р., Ионова Е.А., Изотова С.А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница Святого Владимира Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Актуальность. Синдром Кавасаки наиболее часто встречается у детей первых 5 лет жизни и характеризуется васкулитом с преимущественным поражением артерий мелкого и среднего калибра. Около 10% случаев синдрома относятся к неполному (атипичному) варианту заболевания, причем такие формы чаще встречаются у детей до 6 месяцев жизни. Несвоевременная диагностика может привести к необратимым осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы. Мы представляем случай атипичного синдрома Кавасаки у ребенка 2 месяцев.

Клинический случай. Мальчик 2 месяцев госпитализирован в отделение грудного возраста ДГКБ Св. Владимира в связи с повышением Т тела до 38°C. Из анамнеза известно, что ребенок от 2 беременности, 2 родов у матери 28 лет. Неонатальный период протекал без особенностей. За 7 дней до поступления в стационар впервые отмечено повышение Т до 38°C, купированное без применения жаропонижающих. Катаральных явлений не отмечалось. Педиатром диагностирована острая вирусная инфекция, назначена симптоматическая терапия. В течение 5 дней самочувствие оставалось удовлетворительным на фоне температуры 37–37,4°C. За день до госпитализации Т вновь повысилась до 38°C. Амбулаторно в анализе крови выявлен лейкоцитоз $22,9 \cdot 10^9/\text{л}$ с полиморфнонуклеарным сдвигом (нейтрофилы 42%, эозинофилы 16%), тромбоцитоз $932 \cdot 10^9/\text{л}$, повышение СОЭ до 39 мм/ч. При поступлении ребенок активен, сосет удовлетворительно. Кожа с выраженным мраморным рисунком. Слизистая глотки умеренно гиперемирована, слева на миндалинах локализованное белесоватое наложение. Печень, селезенка не увеличены. Лабораторно подтверждены лейкоцитоз ($22,2 \cdot 10^9/\text{л}$) со сдвигом формулы влево, эозинофилия, тромбоцитоз ($908 \cdot 10^9/\text{л}$), СОЭ 35 мм/ч, в б/х анализе крови СРБ 99,3 мг/л (норма до 5 мг/л). Общий анализ мочи в норме. При уточнении анамнеза оказалось, что в первый день повышения Т у мальчика отмечалось покраснение 1×1 см области после вакцинации БЦЖ, проведенной на 3-и сутки жизни. При первичном инструментальном обследовании (УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭХО-КГ, ЭКГ, НСГ) патологические изменения не выявлены. Первоначально клинико-лабораторные данные были расценены как проявление вирусно-бактериальной инфекции с острым тонзиллитом. Назначены защищенные аминопенициллины. При дальнейшем обследовании исключено течение оппортунистической инфекции (Herpes simplex 1, 2; Epstein – Barr virus, CMV). В связи с сохраняющейся температурой 37–37,5°C, нарастанием тромбоцитоза до $1080 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ до 54 мм/ч повторно проведена ЭХО-КГ, выявившая признаки расширения и утолщения стенок левой и правой коронарных артерий (ЛКА, ПКА), на основании чего была диагностирована неполная форма синдрома Кавасаки. Ребенок получил курсовую дозу внутривенного иммуноглобулина, была назначена ацетилсалициловая кислота. На фоне терапии состояние с положительной динамикой: температура нормализовалась, показатели анализов крови улучшились (лейкоциты

$5,9 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты $623 \cdot 10^9/\text{л}$), к 17-м суткам от начала заболевания СРБ отрицательный. В динамике ЭХО-признаки минимального утолщения стенок ЛКА, ПКА. При катamnестическом наблюдении через 6 недель показатели анализа крови в норме, патологических изменений при ЭХО-КГ не выявлено.

Выводы. Несмотря на отсутствие указаний в анамнезе на длительное стойкое повышение Т тела до высоких значений, выраженных признаков слизисто-кожных и лимфонодулярных изменений у ребенка была диагностирована неполная форма синдрома Кавасаки на основании эхокардиографических изменений. Клиническими симптомами заболевания в демонстрируемом случае явились непостоянное повышение Т тела, колебавшейся в пределах 37–38°C, покраснение места вакцинации БЦЖ, неспецифические изменения в ротоглотке. Сохраняющиеся лабораторные изменения (лейкоцитоз с изменением формулы), тромбоцитоз, повышение уровня СОЭ и СРБ заставили осуществлять прицельный поиск эхокардиографических изменений. Своевременно поставленный диагноз способствовал благоприятному течению синдрома без развития серьезных осложнений.

ОСНОВЫ ПРАВОВОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Зайцева Э.Г., Уткин С.А.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 131 Департамента здравоохранения Москвы», Москва

В соответствии со ст.7, ст.20 Конституции Российской Федерации жизнь и здоровье человека признаются государством высшей ценностью. Увеличение продолжительности жизни, поддержание, а при необходимости, восстановление здоровья каждого человека являются не только положительными факторами внутривнутриполитической стабильности, но и фундаментом экономического развития государства. В Российской Федерации право на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в статье 41 Конституции. Реализация данного конституционного права на практике означает не только возможность для граждан, обратившихся за медицинской помощью, вступить в правоотношения с субъектами, участвующими в организации, обеспечении и непосредственном оказании медицинской помощи, но также возможность обеспечения законности и качества медицинской помощи. Оказание медицинской помощи обучающимся регулируется основными нормативными актами: Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Приказ МЗ РФ от 05.11.2013 № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». Современный этап развития российской правовой системы характеризуется значительным увеличением количества законодательных актов, регулирующих отношения в сфере охраны здоровья и осуществления медицинской деятельности. Осознавая особую роль медицинского работника при реализации гражданами права на охрану здоровья и медицинскую помощь, следует признать, что повышение уровня оказания профессиональной медицинской помощи населению во многом зависит от четкого определения правовой природы профессиональной деятельности, осуществляемой под контролем государства, осознания правового статуса медицинского работника и его роль в оказании медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях. Вместе с тем, на фоне активно развивающихся общественных отношений в сфере медицинской деятельности, количество несистематизированных нормативных правовых актов, принимаемых Министерством здравоохранения РФ и



инными органами исполнительной власти, касающимися сферы охраны здоровья, неуклонно растет. Высокий уровень конфликтности, неудовлетворенности качеством и условиями оказания медицинской помощи, возникающих в правоотношениях «медицинский работник-пациент/законный представитель пациента», «медицинский работник-органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья», «медицинский работник-образовательная организация», свидетельствует о назревшей необходимости расширенного информирования медицинских работников об их правах и обязанностях

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Зоркин С.Н., Беспалюк О.И., Туров Ф.О., Шахновский Д.С.
Федеральное государственное автономное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр здоровья
детей» Минздрава РФ, Москва

Введение. Мочекаменная болезнь является распространенным заболеванием в педиатрии. По данным отечественных и зарубежных авторов частота заболеваемости достигает 100–110 случаев на 100 тысяч детского населения. В настоящее время существует большой выбор различных методов хирургического лечения мочекаменной болезни, которые отличаются по технологии и доступу. Приоритетным направлением в данной области является снижение инвазивности и травматичности при лечении.

Цель. Проанализировать результаты лечения детей с мочекаменной болезнью с использованием различных методов дробления.

Материал и методы. Нами были оценены результаты лечения 657 пациентов с мочекаменной болезнью в период с 2006 по 2019 гг., в возрасте от 7 месяцев до 18 лет. Чаще всего камни почек обнаруживались в собирательной системе почки (лоханка, группы чашечек). Также камни выявлялись в мочеточнике (35) и мочевом пузыре (9). В 550 случаях была выполнена дистанционная ударно-волновая литотрипсия, в 71 – открытая экстракция камня, в 22 – контактная литотрипсия (лазерная). Результаты. Нами выполнены следующие оперативные вмешательства: Дистанционная ударно-волновая литотрипсия: 550 (83,7%). Осложнений во время операции не было. В послеоперационном периоде у 7 (1,2%) пациентов отмечалось обострение пиелонефрита, что было купировано путем проведения антибактериальной и симптоматической терапии; у 12 (2,1%) пациентов отмечалась обструкция мочеточника, связанная со скоплением частей конкремента в предпузырном отделе мочеточника. В таких случаях проводилась эндоскопическая экстракция частей конкремента; у 11 (2%) пациентов отмечалась недостаточная дезинтеграция камня и сохранение крупных частей в прежнем месте, данные осложнения ликвидированы путем повторных сеансов литотрипсии. Открытая экстракция камней мочевых путей – 71 (10,8%). Были отмечено 3 (4%) осложнения при удалении камней мочеточника – травма стенки мочеточника, что было связано с воспалительными изменениями ткани в области нахождения конкрементов. Такой вид осложнений потребовал реимплантации поврежденного мочеточника. Контактная лазерная литотрипсия: 22 (3,3%). Во время операции у 1 (4,5%) пациента было отмечено повреждение стенки мочеточника, что потребовало стентирования мочеточника на срок до 2 месяцев.

Выводы. Наш опыт хирургического лечения мочекаменной болезни у детей показал высокую эффективность и безопасность дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Данный способ является актуальным в настоящее время. При этом развитие оборудования для эндоскопии и совершенствование хирургических навыков позволило вывести безопасность контактной лазерной литотрипсии на высокий уровень. Также, данный метод позволяет добиться полной фрагментации камней любого размера и физико-химических характеристик.

К ВОПРОСУ О ДРЕНИРОВАНИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ПЛАСТИКАХ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА

Зоркин С.Н., Карпачев С.А., Туров Ф.О., Жамынчиев Э.К., Беспалюк О.И.

Федеральное государственное автономное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр здоровья
детей» Министерства Здравоохранения Российской Федерации,
Москва

Введение. Накопленный опыт лапароскопических вмешательств на пиелоретральном сегменте подтверждает высокую эффективность метода в сочетании с малой травматичностью и значительно более коротким сроком реабилитации. Однако способ деривации мочи, несмотря на значительное количество работ посвященных данной теме, остается предметом обсуждения как в открытой, так и в эндоскопической хирургии.

Цель. Улучшение результатов оперативного лечения и снижение осложнений при лапароскопических пиелопластиках у детей.

Материал и методы. Выполнен анализ данных 81 пациента, которым была выполнена пиелопластика с использованием лапароскопической техники. Из 71 ребенка, которым была выполнена первичная пиелопластика лапароскопическим методом, причиной гидронефроза был aberrантный сосуд, выявлен у 23 (32,4%). Транспозиция aberrантного сосуда выполнена 2 (2,8%) детям, в остальных случаях расчленяющая пиелопластика по Hynes-Andersen. Дренирование собирательной системы выполнялось разными способами: внутренним стентом 19 (26,8%), пиелостомой 26 (36,6%), стент-пиелостомой (комбинированный пиелоретральный стент) – 22 (31%), бездренажно 4 (5,6%). Бездренажная методика выполнена в двух случаях при транспозиции сосуда, и в двух при расчленяющей пиелопластике. 10 детям выполнена операция по поводу рецидива гидронефроза, из них 6 ранее пиелопластика была выполнена люмботомным доступом. В 5 случаях причиной рецидива гидронефроза после открытых операций был aberrантный сосуд. 2 операции завершены на ранее установленных нефростомах, и у 8 пациентов дренирование пиелостомой.

Результаты. Из 19 детей с внутренним стентом у 2 (10,6%) детей, послеоперационный период осложнился дисфункцией стента и мочевым затеком, что потребовало повторного эндоскопического стентирования. В межгоспитальный период бессимптомная лейкоцитурия отмечена у 8 (42,1%) больных, у 1 (5,3%) ребенка был случай острого пиелонефрита, потребовавшая проведения антибактериальной терапии. Удаление стента выполнялось при повторной госпитализации через 1–2 мес. В группе детей с пиелостомами (48 пациентов) мочевых затеков, обострений пиелонефритов не отмечено. Нарушение проходимости стентом устранялось промыванием. Пиелостома удалялась на 4–6 сутки после проведения пробы с индигокармином. Стент пиелостомы удалялась на 7–12 сутки, в зависимости от интраоперационной ситуации. Бездренажные методики без осложнений.

Выводы. Использование лапароскопического доступа при оперативной коррекции гидронефроза в том числе и при рецидивных формах показал высокую эффективность благодаря сокращению послеоперационного периода, отсутствию потребности в наркотических анальгетиках, минимальному количеству интраоперационных и послеоперационных осложнений. Использование внутреннего стента более комфортно для пациента в послеоперационном периоде, однако может приводить к описанным осложнениям и требует повторной госпитализации. Бездренажная пиелопластика, возможно, с накоплением опыта займет свое место в лапароскопической хирургии гидронефроза, как и при открытых операциях. Пиелостома является наиболее надежным и управляемым способом дренирования верхних мочевых путей при пластике лоханочно-мочеточникового сегмента.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА У ДЕТЕЙ

Злодеева Е.А., Попова Л.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

Наследственный ангионевротический отек (НАО) – редкое, потенциально жизнеугрожающее генетически детерминированное заболевание, сложности диагностики которого связаны с наличием отеков, типичных для многих других заболеваний.

Цель: актуализировать сведения о наследственном ангиоотеке. Задачи: описать особенности клинического случая ребенка с рецидивами отечного синдрома и трудности диагностики.

Материал и методы: анализ истории болезни пациентки А. 2004 года рождения с НАО, впервые выявленный в Оренбургской области. Проведена оценка физикальных данных пациентки, лабораторных исследований с оценкой уровня комплемент эстеразного ингибитора С1. Описание клинического случая. Дебют заболевания отмечался в возрасте 7 лет, когда впервые появилась абдоминальная атака по типу кишечной колики. Девочка находилась под наблюдением в хирургическом стационаре в течение 3 дней, после чего абдоминальный синдром разрешился. Девочка в возрасте 12 лет впервые направлена на обследование в ГБУЗ «ОДКБ» по поводу рецидивирующих периферических отеков, возникающие в местах механического сдавления, протекающих без зуда и гиперемии кожи, в течение нескольких часов и дней. Повторный абдоминальный синдром типу кишечной колики был в возрасте 11 лет. В возрасте 12 лет впервые отек левой кисти, без четких провоцирующих факторов, пациентка принимала супрастин без эффекта, также не было эффекта от лечения системными глюкокортикостероидами. Наличие семейного анамнеза – у отца рецидивирующие отеки. По поводу сильной головной боли девочка обследовалась у невролога с диагнозом: «Церебральная ангиодистония. Астеноневротический синдром». Проведено МРТ головного мозга, МР данных за наличие изменений очагового и диффузного характера в веществе мозга не выявлено. После занятий на фортепиано проявления выраженного отека левого предплечья, левой кисти, далее правой кисти. Отеки сохранялись в течение 4–5 дней. На консультативном приеме аллерголога-иммунолога на фоне периферических отеков выявлено резкое снижение уровня С4-компонента комплемент – 0,008 мг/дл (N 10–40 мг/дл). Клинический анализ крови без особенностей. Коагулограмма: процент протромбина по Квинку 73 % (N 70–130), МНО 1,25 ед, фибриноген 2,55 г/л (N 1,8–4,0), АПТВ 25,7 сек (N 26,5–37,5). В ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России проведено исследование системы комплемента и определена функциональная активность С1-ингибитора менее 15% (N 70–130), комплемент эстеразный ингибитор С1 общий меньше уровня детекции (15–35). Уровень общего IgE 62 МЕ/мл (N 15–130) не повышен. Проведены аллергопробы: сенсибилизации к бытовым, эпидермальным, пыльцевым аллергенам не выявлено. Впервые в возрасте 12 лет диагностирован и подтвержден диагноз: «Дефект в системе комплемента (D 84.1): Наследственный ангионевротический отек I типа», по поводу которого назначен постоянный прием антифибринолитика (транексамовая кислота). Для экстренной помощи и краткосрочной профилактики отеков имеется концентрат С1ингибитора. Заключение: В данном клиническом случае имела место поздняя постановка диагноза у данной пациентки (через 5 лет после дебюта). В качестве скрининга пациентам с отеками неясной этиологии рекомендуется определение уровня С4-компонента комплемента, что позволит ускорить верификацию диагноза. Необходимо информирование врачей педиатров, гастроэнтерологов, хирургов, стоматологов, неврологов области диагностики и лечения таких редких орфанных заболеваний, как НАО, который может иметь место в реальной клинической практике.

ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ФАКТОРАМИ ТРОМБОТИЧЕСКОГО РИСКА

Ильина А.Я., Мищенко А.Л., Ахалова Е.А., Баранова А.С.,

Запольская А.Н., Пичугина Е.А., Рыгалева А.Д., Соловьева И.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница № 52, Москва

Актуальность. У новорожденных детей тромбозы встречаются в 40 раз чаще, чем в другие периоды детства. Особенности системы гемостаза с одной стороны и различные состояния перинатального периода гипоксического и инфекционного генеза с другой стороны, у новорожденных детей с наследственными факторами тромботического риска и определяют развитие у них различных тромботических осложнений. Цель. Оценка состояния здоровья новорожденных детей с тромботическими осложнениями на фоне наследственных факторов тромботического риска.

Материалы и методы. Новорожденные дети с тромботическими осложнениями (n= 22) на фоне наследственных факторов тромботического риска (определение полиморфизмов генов системы свертывания крови и генов ферментов фолатного цикла молекулярно-биологическим методом, ПЦР).

Результаты. Частота диагностики полиморфизмов генов системы свертывания крови и генов ферментов фолатного цикла в генотипе у детей с тромботическими осложнениями представлена вариантами: PAI-I гомозиготный (81,8%), MTHFR гетерозиготный (63,6%), MTRR гомозиготный (33,3%) и гетерозиготный (54,5%), MTR гетерозиготный (45,5%), F XII, F XIII и GPIIa (по 27,3% соответственно, гетерозиготные варианты), FGB гетерозиготный (50%), гомозиготный (18,2%), FV гетерозиготный (18,2%), и ITGA2 гетерозиготный (9,1%). Патогенетически развитие тромботических осложнений у новорожденных детей с врожденными факторами тромботического риска основываются на воздействии триггерных факторов (в/у гипоксии и в/у инфекции) на сосудистую стенку с формированием локальной эндотелиопатии, и с последующим нарушением микроциркуляции на фоне хронического ДВС-синдрома (церебральная ишемия, ангиопатия сетчатки, дыхательные расстройства и др.) на фоне наличия высокого потенциала свертывания крови: ПИ (55%), показатель которого превышал 140%, низкой антитромботической активности – АТ III (36%) с показателем от 40 до 50%, маркеров тромбинемии – РКМФ (55%) и маркеров фибринообразования – Д-Димеры (45%). Структура тромботических осложнений у новорожденных детей представлена сочетанным тромбозом нижней полой вены и почечных вен (45,5%) и в их числе с кровоизлияниями в надпочечник (20%); изолированным тромбозом почечных вен (45,5%) и в их числе с нефросклерозом и с кровоизлияниями в надпочечник (по 40% соответственно), а также тромбозом артерии правой почки (10%). Среди отдельных состояний перинатального периода у новорожденных детей с тромботическими осложнениями были: в 100% случаев внутриутробная гипоксия, ишемия мозга (90%) и ангиопатия сетчатки (90%), а также интранатальная асфиксия и функциональные нарушения ЖКТ (по 20%), недоношенность и задержка внутриутробного развития (по 10%).

Выводы. Несмотря на мозаичность проявлений нарушений в системе гемостаза дети с генетически обусловленным риском нарушений системы свертывания крови и полиморфизмами генов ферментов фолатного цикла представляют группу повышенного риска по реализации тромбозов в случае наличия перинатальной гипоксии и инфекции в связи с прогрессированием хронических форм ДВС-синдрома и развития коагулопатических тенденций, т.е. коагулопатии потребления. Клиническими эквивалентами которых у этих детей



являются: церебральная ишемия (90%) и ангиопатия сетчатки (90%) на фоне перенесенной внутриутробной гипоксии у 100% детей, а также у каждого пятого ребенка интранатальная асфиксия (20%) и функциональные нарушения ЖКТ (20%). Выделение этих детей в определенную группу риска и является начальным этапом алгоритма обследования и лечения, направленных на профилактику тромбозов и геморрагий у новорожденных.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ПОЧКИ

Иманалиева Ж.К.

НАО «Медицинский университет Астана», Нур-султан

Актуальность. Несмотря на успехи трансплантологии, на сегодняшний день, посттрансплантационная анемия (ПТА) остается актуальной проблемой, являясь одним из частых осложнений после пересадки почки. По данным литературы, ПТА обнаруживается у 60–80% взрослых реципиентов с функционирующим трансплантатом как в раннем так и в позднем периоде трансплантации. По данным Yorgin et al., (2002) исследовавшие ПТА в детской популяции, установлено, что 67% реципиентов почечного трансплантата были анемичными на момент трансплантации, а через 1 месяц после трансплантации распространенность анемии выросла до 84,3%.

Цель исследования. Изучить распространенность и факторы риска развития ПТА у детей после пересадки почки.

Материалы и методы. В рамках поставленных задач научного исследования, нами проведено ретроспективное и проспективное исследование 65 пациентов, в возрасте от 3 до 18 лет, после пересадки почки в период с 2012 по 2018 годы, проведенные в почечном центре ФКФ УМС «Национальный научный центр материнства и детства» г. Астана. Согласно рекомендациям KDOQI 2007 года (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative.) диагностика анемии у детей с ХБП после трансплантации почки, устанавливается при следующих концентрациях гемоглобина: у детей от полугодия до 5 лет жизни – ниже 110 г/л; у детей 5 – 12 лет – ниже 115 г/л; у детей 12 – 15 лет – ниже 120 г/л. Для определения степени тяжести анемии и адекватности реакции на нее костного мозга, мы использовали общепринятый метод определения в анализе крови уровня гемоглобина (Hb), эритроцитов, цветового показателя (ЦП). Для оценки состояния обмена железа у обследованных детей, мы использовали биохимические и гистохимические методы определения в крови уровней ферритина, сывороточного железа (СЖ), общей железосвязывающей способности (ОЖС), коэффициента насыщения трансферрина (НТС, ТСАТ). Дополнительно, мы оценили уровень СРБ, фолатов и витамина В12 в сыворотке крови. Анализ основной, фильтрационной способности почек, проводился по уровню скорости клубочковой фильтрации (СКФ), который определяли по клиренсу эндогенного креатинина (по Шварцу).

Результаты. Проведенная выборка показала, что среди обследованных нами 65 детей посттрансплантационная анемия в разные периоды после пересадки почки отмечалась у 58 (89,2%) детей. Учитывая тот факт, что патогенез ПТА многофакторный, мы оценивали такие критерии как возраст, пол, характер донора, вес, инфекции, воспаление, влияние противомикробных и гипотензивных препаратов, дефицит железа, фолата, витамина В12 и функцию почки. Вес, возраст, пол реципиента, характер донора, применение амлодипина и ко-тримаксола не оказали статистически значимого влияния на развитие ПТА. Однако факторами риска развития ПТА у детей оказались: инфекции в 38%, токсическое действие иммуносупрессивной терапии (13%) случаев, гипоплазия костного мозга с угнетением красного ростка кроветво-

рения 3,5%, снижение функции почки в 33% случаях. По результатам проведенного анализа нами установлено, что из 58 детей с ПТА у 19% диагностирована анемия хронического заболевания, как одна из причин ПТА. Наиболее частой причиной развития ПТА в нашем исследовании оказалась железодефицитная анемия, которая развилась у 45 (77,5%) детей. Самой редкой причиной ПТА оказалась фолиеводефицитная анемия, которая установлена у 2 (3,50%) детей.

Выводы. Посттрансплантационная анемия у детей в различные временные периоды после пересадки почки, развивается, в среднем, в 89,2% случая. Наиболее частой формой посттрансплантационной анемии является железодефицитная анемия (77,5% случаев), далее следует анемия хронического заболевания (19% случаев), и фолиеводефицитная анемия (3,5% случаев). Факторами риска развития посттрансплантационной анемии после пересадки почки у детей являются инфекции вирусного и бактериального генеза (50,7% случаев), снижение функции почек (33,3% случаев), а также токсическое влияние иммуносупрессивной терапии (13,0% случаев) и гипоплазия костного мозга (3%).

ГЕНО-ИНЖЕНЕРНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ АРТРИТЕ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ С СИНДРОМОМ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Каледа М.И., Никишина И.П., Салугина С.О., Федоров Е.С.

*Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт ревматологии
им. В.А.Насоновой», Москва*

Цель: проанализировать все случаи синдрома активации макрофагов (САМ) при ювенильном артрите с системным началом (сЮА) у пациентов, получающих ГИБП.

Материалы и методы: в ретроспективное исследование включены все пациенты детского отделения с диагнозом сЮА, получающие ГИБП, у которых был диагностирован САМ на всем протяжении заболевания. Диагноз сЮА верифицировался в соответствии с классификационными критериями ILAR 1997 года, диагноз САМ – в соответствии с критериями САМ, опубликованными в 2016 году [1].

Результаты. Включено 102 пациента с сЮА (59 девочек, соотношение девочек и мальчиков 4:3). Из них 29 пациентов (28%) соответствовали критериям САМ (18 девочек, соотношение девочек и мальчиков 5:3). Медиана возраста дебюта сЮА в общей группе пациентов составила 45,5 [26,0; 69,5] мес, в группе пациентов с САМ – 31,0 [18,0; 69,0] мес. Медиана продолжительности заболевания до начала терапии ГИБП составила в общей группе 26,5 [9,2; 62,3] мес, в группе пациентов с САМ – 11 [3,0; 30,1] мес. Число системных проявлений в общей группе – 3,9 [2,7; 4,5], при САМ – 4,8 [3; 6]. Среди всех пациентов с сЮА доля пациентов с типичной экзантемой составила 56%, среди пациентов с САМ – 100%. Число активных суставов на момент начала ГИБП в общей группе – 12 [5; 25], в группе с САМ – 8 [3; 18]. Всего было зарегистрировано 37 эпизодов САМ. Общее количество назначений ГИБП у этих пациентов составило 51 (тоцилизумаб – 28, канакинумаб – 9, анакинра – 2, ритуксимаб – 5, инфликсимаб – 4, этанерцепт – 2, абатацепт – 1). 24 пациента (82,7%) имели эпизоды САМ до начала терапии ГИБП (16 – в дебюте сЮА). Во время терапии ГИБП наблюдалось 13 эпизодов САМ (1 – анакинра, 1 – канакинумаб, 11 – тоцилизумаб), 5 из них – впервые. 8 эпизодов имели достоверную связь с нарушением схемы лечения, 2 – связаны с обострением сЮА, 2 – с острой респираторной инфекцией, 1 развился после хирургического лечения хронического остеомиелита ключицы. Первыми признаками САМ были яркая зудящая

сыпь, снижение уровня тромбоцитов, высокий уровень триглицеридов. У пациентов, у которых развился САМ во время лечения ГИБП, реже отмечались эпизоды лихорадки, зафиксирован более низкий уровень ферритина и СРБ в сыворотке по сравнению с пациентами, у которых САМ развился до начала применения ГИБП, никаких других различий в клинических проявлениях или лабораторных показателях не выявлено. Для лечения САМ применялись глюкокортикоиды (per os + iv) (100% пациентов), внутривенный иммуноглобулин (79,3%) и циклоспорин (48,3%). Летальный исход зафиксирован в 6,7% случаев (1,9% всех пациентов с сЮА), один из пациентов получал тоцилизумаб, 1 – канакиумаб с нарушением графика введений. 25 пациентов, перенесших САМ, продолжают лечение ГИБП после разрешения признаков САМ (тоцилизумаб – 19, канакиумаб – 6) с высокой эффективностью (более 70–90% ответа по критериям ACRpedi). Две пациентки прекратили лечение по организационным причинам.

Выводы. Для пациентов с сЮА и САМ характерен более ранний возраст дебюта, большее число системных проявлений, все пациенты из этой группы имели сыпь при меньшей активности суставного синдрома. Пациенты с сЮА и САМ в анамнезе требуют более раннего назначения ГИБП, что обусловлено большей активностью заболевания. Во время проведения терапии ГИБП у пациентов с сЮА необходимо учитывать вероятность отсутствия лихорадки и более низкого уровня ферритина и СРБ при развитии САМ. Достоверной связи между лечением ГИБП и повышенным риском развития САМ при сЮА в нашем исследовании не зафиксировано, но прослеживается закономерность развития САМ при нарушении протокола лечения.

[1] Ravelli A et al. (2016): 2016 Classification Criteria for Macrophage Activation Syndrome Complicating Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* Mar 2016, 75 (3) 481-489; DOI: 10.1136/annrheumdis-2015-208982

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ

Кантемирова М.Г., Курбанова С.Х., Новикова Ю.Ю., Глазырина А.А., Азова М.М.

Российский университет дружбы народов, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Болезнь Kawasaki (БК) является основной причиной приобретенных заболеваний сердца у детей. Отмечается рост заболеваемости в мире, в том числе в России. Диагностика БК основывается преимущественно на клинических данных. В настоящее время общепринятой гипотезой развития БК является гипотеза мультифакториального взаимодействия. К эндогенным факторам относятся: возраст (до 5 лет) и генетическая предрасположенность. В последние годы изучению генетических факторов БК придается особое значение с целью ранней диагностики, определения прогноза и эффективного лечения.

Цель: изучение полиморфизмов генов восприимчивости, предикторов иммунорезистентности и поражения коронарных артерий (КА) у детей с БК.

Пациенты и методы: под наблюдением находилось 160 пациентов с БК в возрасте от 1 мес. до 10 лет 2 мес (Me = 19 месяцев [9; 38.5]) в период с 2014 г. по 2019 г. Соотношение мальчики:девочки – 2:1. Неполная форма диагностирована у 32 детей (20%). Иммунорезистентность к терапии внутривенным иммуноглобулином была диагностирована у 16 детей (10,5%). Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы остро и подострого периода отмечались у 63 детей (39,3%), в том числе аневризмы КА у 23 пациентов (14,3%). Всем детям проводились стандартные клинико-лабораторные обследования, электро- и эхокардиографию, по показаниям – компьютерную томографию с внутривенным контрастированием, ангиографию. Генотипирование

проводилось 30 пациентам с БК. Контрольную группу составили 30 детей, идентичные по возрасту и полу ($\chi^2=2,50$, $p=0,114$), без патологии сердечно-сосудистой системы. Исследование проводилось путем выделения геномной ДНК из цельной крови. Полиморфизм гена CRP определяли методом ПЦР (Терцик) с последующей электрофоретической детекцией. Полиморфизм гена VEGFA определяли методом Real-Time PCR на амплификаторе CFX-96, BioRad. Статистическую обработку результатов проводили с использованием прикладных программ Statistica 10 (Statsoft). Различия считались статистически значимыми при достигнутом уровне значимости $p<0,05$.

Результаты: у детей с БК частота встречаемости аллеля A1 гена CRP выше и составляет 71%, в то время как в контрольной группе 58%. Частота встречаемости мутантного аллеля A2 гена CRP у детей с БК составила 29%, а в контрольной группе этот показатель выше – 41,7%. Частота гетерозигот A1A2 статистически значимо выше у пациентов с БК (46,7%) по сравнению с контрольной группой (23,3%) ($\chi^2=3,589$, $p=0,054$). Следует отметить, что у пациентов с данным генотипом чаще отмечалось поражение КА. Гомозиготы A1A1 сопоставимы в группе детей с БК и в контрольной группе, составляя 46,7% и 43,3% соответственно ($\chi^2=0,067$, $p=0,795$). Гомозиготы A2A2 встречались при БК статистически значимо реже (6,7%), чем в группе контроля (30%) ($\chi^2=5,455$, $p=0,020$). Частота аллеля G гена VEGFA составила 32,3% и 28,3% у детей с БК и в контрольной группе соответственно. Частота мутантного аллеля C гена VEGFA также не отличалась у детей с БК (67,7%) и в группе контроля (71,7%). Геномные частоты (GG, GC, CC) полиморфизмов гена VEGFA не отличались у пациентов с БК и группы контроля ($\chi^2=0,067$, $p=0,796$), ($\chi^2=0,271$, $p=0,602$), ($\chi^2=0,741$, $p=0,389$), а также не было выявлено связи с риском поражения КА и иммунорезистентности.

Выводы: Наличие одного мутантного аллеля A2 в гене CRP (генотип A1A2) можно рассматривать как один из генетических факторов риска развития БК и формирования аневризм КА. Наличие мутантных аллелей A2A2 в гомозиготном состоянии в гене CRP может быть протективным по развитию БК.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРЕДВЕСТНИКОВ ПОДРАЖАТЕЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Камелькова А.И.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», Москва

Актуальность. Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) в детском возрасте является серьезной причиной тяжелых нарушений психического развития, обуславливая у детей проблемы сенсорного, моторного, когнитивного характера на протяжении длительного периода восстановления. Восстановление сознания у маленьких детей после перенесенной травмы головного мозга начинается с увеличения эмоциональных реакций, двигательной активности, зачастую непроизвольной, и кратковременного реагирования на внешний раздражитель. Появление раздражительных действий в процессе реабилитации является важным критерием восстановления психофизической активности и определяет педагогическую работу с ребенком после ТЧМТ в направлении коррекционно-развивающего обучения. Этап, предшествующий появлению раздражительных действий у детей изучаемой категории, наблюдается как наиболее трудный, так как требует поиска предвестников появления подражания с использованием специальных приемов коррекционного обучения. Несмотря на то, что вопрос подражания рассматривался



многими исследователями различных областей, включая педагогику и психологию (Л.С. Выготский, А.В. Запорожец и др.), тема восстановления предвестников подражательных действий у детей после тяжелого поражения головного мозга является не разработанной, что определяет ее актуальность и своевременность.

Цель: обосновать и разработать содержание коррекционно-педагогической помощи ребенку раннего возраста после тяжелого поражения головного мозга по восстановлению предвестников подражательных действий.

Материалы и методы: экспериментальную группу составили 14 детей с тяжелым травматическим поражением головного мозга, средний возраст детей составлял 1 г. 4 месяца. Анализ электронной медицинской документации, наблюдение, психолого-педагогическое обследование, диагностическое обучение, беседа с близкими взрослыми и специалистами, участвующими в реабилитационном процессе, анализ и обобщение экспериментальных данных.

Результаты. Были описаны типологические варианты групп детей по проявлению предвестников подражания: группа А – у детей отсутствуют или слабо выражены ориентировочные реакции, слабые эмоциональные реакции на близкого взрослого, отсутствуют вокализации, отмечаются трудности захвата предмета и отсутствие поисковых движений пальцев руки, акта хватания, слабая выраженность мимических движений, отсутствуют паралингвистические жесты; дети группы Б имели следующие характеристики: устойчивые ориентировочные реакции (фиксация, прослеживание), прослеживание за перемещением близкого взрослого и эмоционально окрашенная связь с ним, наличие вокализаций/отдельных слов; поисковые движения пальцев рук в ситуации предметной манипулирования, изменение положения руки с целью взять предмет; сформированность акта хватания, более активные мимические проявления, наличие паралингвистических жестов, наличие ориентировочно-поисковых реакций в комплексе с актом хватания.

Выводы. У детей раннего возраста с тяжелой травмой головного мозга выявлены значительные различия в имеющихся проявлениях предвестников подражательных действий. Полученные результаты определили содержательное основание для построения дифференцированной коррекционной работы с детьми после ТЧМТ в процессе обучения. Доказано, что дифференцированная коррекционная работа в системе комплексной реабилитации способствует активизации психической активности ребенка после тяжелой черепно-мозговой травмы, и в частности, восстановлению предвестников подражания. Показана необходимость соблюдения специальных педагогических условий для реализации программы восстановительной работы с детьми изучаемой категории. Доказано, что в ходе экспериментальной работы важно включить близкого взрослого в игровую ситуацию, предлагаемую ребенку. Использование специально разработанной серии игр в процессе реабилитации позволило наблюдать положительную динамику восстановления предвестников подражания у детей после тяжелой черепно-мозговой травмы. Это, в свою очередь, может свидетельствовать об эффективности применения педагогических средств в стационарной реабилитации.

ПРОЕКТ «МОСКОВСКИЙ ВРАЧ» ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ»

Картавцева Л.Р.

Государственное казенное учреждение «Дирекция по координации медицинских организаций Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Проект «Московский врач» – это важная часть нового этапа модернизации здравоохранения. Цель проекта – создание системы объективной оценки профессионального уровня и формирование стимулов для

повышения квалификации врачей. Проверка наличия профессиональных навыков путем выполнения практических действий, в том числе с использованием симуляционного оборудования (тренажеров и/или манекенов) и (или) с привлечением стандартизированных пациентов, проводится экспертной комиссией образовательной организации. Проведение проверки наличия профессиональных навыков осуществляется путем оценки правильности и последовательности выполнения специалистом поставленных перед ним практических действий. Банк практических действий по каждой медицинской специальности, утвержденной Департаментом для присвоения статуса «Московский врач», составляет не менее 300 практических заданий

ИЗУЧЕНИЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Келейникова А.В., Матинян И.А., Таран Н.Н., Павловская Е.В., Багаева М.Э., Zubovich A.И., Дремучева Т.А., Шавкина М.И., Строкова Т.В.

Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва

Недостаточность питания является актуальной медицинской и социальной проблемой в педиатрии, так как приводит к задержке физического развития ребенка, нарушению функции органов и систем, ослаблению иммунной защиты организма, увеличению сроков госпитализации и требует больших финансовых затрат в сфере здравоохранения. Нутритивный дефицит – фактор риска более тяжелого течения различных заболеваний.

Цель исследования. Оценить антропометрические, лабораторные и инструментальные показатели, энергетическую ценность рациона у детей с дефицитом массы тела. Пациенты и методы. В отделении педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии ФИЦ питания и биотехнологии обследовано 409 детей с дефицитом массы тела различной степени в возрасте от 1 месяца до 17,7 лет, мальчиков – 236 (57,7%), девочек – 173 (42,3%). Всем детям проводилась антропометрия с интерпретацией результатов в соответствии с критериями ВОЗ (программы Anthro и Anthro Plus), оценка клинического и биохимического анализов крови. У детей с детским церебральным параличом (ДЦП) и генетическими заболеваниями (синдромы Дауна, Корнелии де Ланге, Рассела-Сильвера) оценка антропометрических показателей проведена с использованием специальных центильных таблиц. Полученные показатели конвертированы в сигмальные отклонения Z-score, для оценки физического развития по рекомендациям ВОЗ. Исследование состава тела методом биоимпедансометрии проведено у детей старше 1 года. Потребление энергии и нутриентов оценивали у 177 детей.

Результаты. Анализ структуры изучаемой группы показал, что среди детей с дефицитом массы тела значительную долю составили дети с психоневрологическими заболеваниями: 140 (34,2%) человек, из них дети с ДЦП – 130 (31,8%). 123 (30,1%) ребенка имели пищевую аллергию. Группа пациентов с наследственными генетическими заболеваниями (синдромы Дауна, Марфана, Ларсена, Жильбера, Элерса-Данлоса, Рассела-Сильвера, Корнелии де Ланге, болезни накопления гликогена, галактоземия, болезнь Вильсона и др.) включала 71 (17,4%) детей. Также обследованы пациенты с хроническими заболеваниями печени (криптогенный гепатит, хронические вирусные гепатиты В и С) – 11 (2,7%) детей; эндокринологическими заболеваниями (диабетический синдром, гипопитуитаризм, СТГ-недостаточность, аутоиммунный тиреоидит) – 6 (1,5%) детей; синдромом короткой кишки – 4 (1%) ребенка; синдромом циклической рвоты – 2 (0,5%) ребенка;

гемолитической анемией – 2 (0,5%) ребенка. В ходе обследования выявлена группа детей 50 (12,2%) человек с дефицитом массы тела, не имеющая хронических заболеваний, приводящих к нарушению пищевого статуса. По данным антропометрии дефицит массы тела легкой степени зарегистрирован у 151 (36,9%) ребенка, средней степени – у 113 (27,6%) детей, тяжелый дефицит массы тела у 145 (35,5%) детей, среди детей с тяжелым дефицитом массы тела – 59 (14,4%) ребенка имели ДЦП. Задержка роста наблюдалась у 66 (16,1%) детей. По данным биоимпедансометрии у 175 (94%) детей зафиксировано снижение жировой массы, у 129 (81,6%) детей – снижение мышечной массы тела. При оценке гематологических показателей у 47 (11,5%) детей выявлена анемия, у 11 (2,7%) – абсолютная лимфопения. В биохимическом анализе крови снижение уровня общего белка наблюдалось у 85 (20,8%), гипоальбуминемия – у 10 (2,4%), гипогликемия – у 20 (4,9%) детей. При анализе липидограммы: общий холестерин был повышен у 17 (4,2%) детей, снижен у 21 (5,1%) ребенка, у 2 (0,5%) детей отмечалось снижение уровня триглицеридов. При оценке фактического питания гипокалорийный рацион зафиксирован у 153 (86,4%) детей, гиперкалорийный – у 22 (12,4%) детей, нормокалорийный – у 2 (1,1%) детей. При анализе макроэлементов выявлено, что белковый компонент снижен у 96 (54,2%) детей, жировой – у 146 (82,5%) детей, углеводный – у 154 (87%) детей.

Заключение. Дети с хроническими заболеваниями нуждаются в оценке пищевого статуса, его мониторинге в динамике для своевременной коррекции. Среди детей с хроническими заболеваниями наиболее часто дефицит массы тела регистрируется у детей с психоневрологическими заболеваниями и пищевой аллергией. У большинства детей выявлен гипокалорийный рацион, что требует коррекции рациона.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА У ДЕТЕЙ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Кессель А.Е., Щедеркина И.О., Хачатуров Ю.А., Кузьмина Е.В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Инсульт входит в 10 основных причин смертности для лиц в возрасте от 1 до 44 лет. Ишемический инсульт (ИИ) является инвалидизирующей патологией, тяжесть неврологического и когнитивного дефицита нарастает при повторных инсультах. Артериальный ИИ может рецидивировать у 6–37% пациентов детского возраста [Fullerton H.J., De Schryver E.L., Chung B, Delsing B.J.P., Strater R], при этом риск возрастает в первые 6 месяцев после первого эпизода. Факторы риска для рецидива включают в себя наличие сосудистой патологии, тромбофилии, а также их комбинации. Ранее было показано, что васкулопатии увеличивали риск повторного инсульта только на фоне гиперлипотеинемии и дефицита протеина С.

Цель: оценить частоту и факторы риска развития повторных эпизодов ишемии у детей перенесших ИИ.

Материалы и методы: в исследование включено 72 пациента проходившие лечение в неврологическом отделении МДГКБ в остром периоде ИИ. Возраст пациентов составил от 6 месяцев до 17 лет (в среднем 7,6 лет), по полу незначительно преобладали мальчики (55,5%). Период наблюдения составлял от 14 месяцев до 4 лет. Все пациенты обследованы по протоколу, используемому в Центре по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков и утвержденному Ученым Советом ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ». Методы обследования: клинический, лабораторный, ультразвуковой, радиологический. Рецидив ИИ диагностировался при появлении новой неврологической симптоматики (с оценкой тяжести по RedNIHSS) и выявлении при нейровизуализации «свежих» очагов ишемического поражения головного мозга в другом

бассейне церебральных артерий или увеличение размеров очага ишемии в ранее пораженном артериальном бассейне, через 14 суток и более от момента диагностики первого ИИ.

Результаты. В нашем наблюдении рецидив ИИ был отмечен у 6 пациентов (8,3%). Из них у 2 пациентов выявлено формирование клинически «немых» очагов ишемии, подтвержденных только при нейровизуализации. У пяти из шести детей (83,3%) повторный инсульт возник в первый год после первичного ИИ. Среди наблюдаемых нами пациентов основными факторами риска были артериопатия (n=3) и тромбофилия (n=3). При анализе возможных дополнительных причин рецидива отмечены: некомплаентность (отказ родителей от вторичной профилактики) у 1 пациента, коррекция терапии (переход от антикоагулянтов на антиагреганты терапии) – 1 пациент. Транзиторные ишемические атаки отмечены у 22 пациентов (30,5%), при этом у 16 из них выявлены признаки стенозирующих артериопатий. Из 72 пациентов у 4 отмечена клиническая картина хронической цереброваскулярной недостаточности, при которой на МРТ не выявлялось новых очагов ишемии, и в 3 случаях обусловленная прогрессирующей артериопатией с формированием синдрома мой-а-мой.

Заключение. В нашем наблюдении частота рецидива ИИ у детей составляет 8,3%, эпизоды преходящего нарушения мозгового кровообращения наблюдались значительно чаще, у трети пациентов. Наши результаты не отличались от ранее опубликованных международных данных. Самыми значимыми факторами риска рецидива являлись тромбофилия и сосудистая патология (артериопатия). Полученные данные подчеркивают актуальность проблемы вторичной профилактики ИИ и отработкой протоколов лечения артериопатий.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИМ РАХИТОМ

Кисельникова Л.П., Вислобокова Е.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России», Москва

Гипофосфатемический рахит (ГФР, фосфат-диабет) – это группа прогрессирующих наследственных метаболических заболеваний с ведущим синдромом рахита. В результате мутации фосфат-регулирующего PHEX-гена, экспрессия которого выражена в том числе и на остеообластах и одонтообластах, нарушается реабсорбция фосфатов в почечных канальцах. Недостаток фосфатов в раннем детском возрасте, когда процессы моделирования и ремоделирования кости происходят очень активно, приводит к нарушению минерализации костей и остеомалации. Те же факторы влияют и на процесс минерализации органического матрикса дентина зубов. Наиболее ярко выраженным стоматологическим проявлением болезни являются периапикальные абсцессы в области зубов с внешне интактной коронкой при отсутствии кариозных поражений и травмы в анамнезе. До сих пор подобные осложнения часто заканчиваются удалением временных и постоянных зубов пациентам с ГФР, что обуславливает стойкие морфофункциональные изменения в жевательном аппарате, неблагоприятно влияющие на деятельность органов пищеварительной системы и нарушающие эстетику лица, жевание и речь. Актуальность изучения морфологических особенностей зубов обусловлена поиском объективных критериев сниженной минерализации дентина и альвеолярной кости и выявление поражений зубов на ранних стадиях, что необходимо для планирования стоматологической реабилитации пациентов с гипофосфатемическим рахитом.

Цель исследования: выявление морфологических особенностей зубов и ранняя диагностика поражений периапикальных тканей методами



лучевой диагностики у пациентов с гипофосфатемическим рахитом для обоснования тактики стоматологического лечения.

Материалы и методы. Нерепрезентативная неслучайная выборка представляла собой 34 пациента с генетически и биохимически подтвержденным диагнозом E83.3 Нарушения обмена фосфора. Гипофосфатемический рахит (MIM#307800). Для решения поставленной цели нами были использованы следующие лучевые методы: В клинике проводилась конусно-лучевая компьютерная томография и ортопантомография пациентов с ГФР, а в эксперименте проводилась рентгеновская микрофотография удаленных зубов пациентов с ГФР и здоровых детей того же возраста, с дальнейшей количественной сравнительной оценкой пористости дентина.

Результаты и выводы. По данным рентгенологического обследования у 27 из 34 пациентов были выявлены особенности строения зубов, характерные для гипофосфатемического рахита – широкая полость зуба с высоким расположением рогов пульпы до эмалево-дентинной границы. Периапикальные абсцессы при отсутствии кариозного поражения коронки зуба и травмы в анамнезе выявлены у 50% пациентов. Анализ данных КЛКТ среди пациентов 12–15 лет минеральная плотность коронкового дентина первых моляров в среднем составила 1392,1 HU и 1918,7 HU в группе ГФР и контрольной группе соответственно (на 27,4% ниже). Минеральная плотность альвеолярной кости, измеренная в области бифуркации первых моляров верхней челюсти в среднем составила 212,2 HU и 626,4 HU в группе ГФР и контрольной группе соответственно (на 66,1% ниже), Минеральная плотность альвеолярной кости, измеренная в области бифуркации первых моляров нижней челюсти в среднем составила 212,6 HU и 621,0 HU в группе ГФР и контрольной группе соответственно (на 65,8% ниже). По данным рентгеновской микрокомпьютерной томографии в зубах пациентов с ГФР выявлены нарушения целостности эмали в виде трещин. В дентине визуализируется повышенная пористость (11,9% от общего объема дентина).

Выводы. Применение современных методов лучевой диагностики в эксперименте и в клинике позволяет выявить морфологические особенности зубов, высокую пористость дентина, сниженную минерализацию альвеолярной кости, а также патологию периапикальных тканей. Полученные в исследовании данные должны приниматься во внимание врачом-стоматологом при планировании стоматологической реабилитации пациентов с гипофосфатемическим рахитом

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Кисельникова Л.П., Цымлянская В.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России», Москва

Несовершенный остеогенез является клинически и генетически гетерогенным наследственным заболеванием соединительной ткани и скелета, которое характеризуется повышенной ломкостью костей и восприимчивостью к переломам вследствие травм. Основными клиническими проявлениями несовершенного остеогенеза в полости рта являются: полиморфизм, адентия, нарушение амелогенеза и дентиногенеза зубов, что приводит к функциональным изменениям в жевательном аппарате, нарушению эстетики лица, изменению речи. Актуальность исследования состоит в изучении особенностей стоматологического статуса детей с несовершенным остеогенезом, выявлении поражения зубов на ранних стадиях, что необходимо для планирования стоматологического лечения данной категории пациентов.

Цель исследования: изучение особенностей стоматологического статуса детей с несовершенным остеогенезом.

Материалы и методы исследования: На кафедре детской стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова были направлены из ФГАУ «Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей» Минздрава России на консультацию 15 пациентов, возрастом 3–14 лет, с подтвержденным диагнозом: Несовершенный остеогенез (МКБ – Q78.0). Был проведен клинический осмотр полости рта, сбор анамнеза. Состояние твердых тканей зубов оценивалось по индексам КП и КПУ, соответственно возрасту пациентов. Всем пациентам проводилась панорамная рентгенография.

Результаты. Из 15 обследованных детей с несовершенным остеогенезом средняя интенсивность поражения зубов составила 4,86 при распространенности 73,3%. Стоматологические проявления в виде несовершенного дентиногенеза зубов были выявлены у 8 детей (53,34%) в виде: • измененного цвета эмали – водянисто-серый оттенок временных и постоянных зубов; • стирание эмали и дентина временных зубов с изменением цвета дентина до коричневого опалесцирующего; • аномалии строения пульповой камеры. Следует отметить, что при несовершенном остеогенезе I типа (5 детей) была выявлена облитерация пульповой камеры и корневых каналов, укорочение корней зубов. При несовершенном остеогенезе III типа (3 детей) отмечалась широкая пульповая камера и корневые каналы, их истончение.

Выводы. При изучении стоматологического статуса у детей с несовершенным остеогенезом определяется связь типа несовершенного остеогенеза с характером стоматологических проявлений, а именно: у детей с I типом несовершенного остеогенеза преобладает облитерация пульповой камеры и корневых каналов, укорочение корней зубов, у детей с III типом несовершенного остеогенеза – широкая пульповая камера и корневые каналы, истончение стенок корневых каналов, что важно учитывать при планировании стоматологического лечения. У детей с несовершенным остеогенезом в структуре индексов интенсивности кариеса преобладает компонент «кариозные зубы», что говорит о недостаточном уровне оказания им стоматологической помощи.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА HELSMOORTELE-VAN DER AA У ПАЦИЕНТКИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Кожанова Т.В., Жилина С.С., Мещерякова Т.И., Лукьянова Е.Г., Осипова К.В., Айвазян С.О., Притыко А.Г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава РФ», Москва

Расстройства аутистического спектра (РАС) характеризуются дефицитом социального общения и взаимодействия, расстройством поведения и ограничением интересов повторяющимися действиями (стереотипии, ритуалы). Генетическая причина может быть подтверждена только у малой доли пациентов (хромосомные aberrации и мутации в генах, ассоциированных с РАС). Впервые в России представляется клиническое наблюдение пациентки с задержкой психомоторного и речевого развития, нарушением поведения и выявленной мутацией в гене ADNP. В психоневрологическом отделении наблюдалась девочка, 3 лет, с диагнозом эпилепсия криптогенная генерализованная, эпилептическая энцефалопатия, задержка психомоторного и речевого развития.

Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, вес при рождении 4550 г., рост 53 см, Апгар 8/9 баллов. Дебют заболевания в 3 месяца эпилептическими приступами по типу тонических спазмов и регрессом психомоторного развития. У пациентки осмысленный контакт затруднен, гиперактивна, действует по собственной мотивации, речи нет, формируется жестовый диалог, навыков самообслуживания и опрятности нет, гипотония. Фенотипические особенности – низкий рост волос на лбу в области латеральных отделов, выступающие надбровья, нависающие веки, короткие глазные щели, эпикант, миндалевидный удлинённый разрез глаз, короткий широкий нос, вздернутый кончик носа, утолщенные ноздри, короткий фильтр, вздернутая верхняя губа, опущенные книзу углы рта, пухлые губы и щеки. МРТ головного мозга патологии не выявлено. ЭЭГ-модифицированная гипсаритмия. Принимает окскарбамазепин ламотриджин, вальпроовую кислоту. Достигнута медикаментозная ремиссия. В 5 лет: речи нет, игры примитивные, стереотипии. Проведено таргетное экзомное секвенирование панели генов «Наследственные эпилепсии». Выявлен ранее не описанный вариант нуклеотидной последовательности в гене ADNP в гетерозиготном состоянии, приводящий к сдвигу рамки считывания начиная с 1017 кодона (p.Ala1017fs). Мутации в гене ADNP в гетерозиготном состоянии описаны у пациентов с синдромом Helsmoortel-van der Aa syndrome OMIM:# 615873). Частота выявленного варианта нуклеотидной последовательности в контрольной выборке gnomAD составляет 0,0008216%. Так как выявленный вариант нарушает синтез полноразмерного белка, его следует расценивать как вероятно патогенный вариант, который может иметь отношение к фенотипу пациента.

Заключение. Впервые представлен клинический случай редкого генетического синдрома Helsmoortel-van der Aa у пациента с эпилепсией, задержкой психомоторного и речевого развития, обусловленный мутацией в гене ADNP, играющим значимую роль в дифференцировке нейрональных/глиальных клеток. Мутации в ген ADNP являются генетической причиной расстройств аутистического спектра у 0,17% пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ, ТИП ДАВИНЬОН–ШОВЕ

Кожанова Т.В., Жилина С.С., Мещерякова Т.И., Шорина М.Ю., Демьяшин И.Ф., Прокопьев Г.Г., Канивец И.В., Притыко А.Г.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям ДЗМ», Москва, Россия;
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения РФ, Москва; ООО «Геномед», Москва

Врожденные мышечные дистрофии представляют собой гетерогенную группу нервно-мышечных заболеваний, приводящих к гипотонии, прогрессирующей мышечной слабости и дистрофическим или структурным признакам при мышечной биопсии. В настоящее время описано 34 гена, связанных с врожденной мышечной дистрофией.

Цель: впервые представляется клинический случай редкой формы врожденной мышечной дистрофии, ассоциированной с гомозиготной мутацией в гене TRIP4 у пациента с дыхательной недостаточностью, требующей респираторной поддержки, неврологической симптоматики, мышечной гипотонией, множественными врожденными пороками развития опорно-двигательной системы (контрактуры и деформации). Материалы и методы: клиническое и инструментальное обследование, полноэкзомное секвенирование.

Результаты. В ОРИТ с палатами для новорожденных детей наблюдалась девочка, 2 мес. Девочка больна с рождения, тяжесть состояния обусловлена дыхательной недостаточностью, неврологической симптоматикой в виде синдрома угнетения за счет церебральной депрессии. В связи с чем, ребенок находится на ИВЛ. Фенотипические особенности: ограничение ротации в правой и левой руке, недоразвитие плечевого пояса, ограничение сгибания рук в локтевых суставах, контрактуры в локтевых, коленных суставах, в тазобедренных суставах. Низко посаженные ушные раковины, арахнодактилия, гипертелоризм, готическое небо, краниостеноз, плагиоцефалия. В области лопатки мягкотканое образование (фибромиома). В период бодрствования ребенок переводится на самостоятельное дыхание, но при засыпании сатурация снижается и параметры ИВЛ ужесточаются.

Заключение. Множественные врожденные пороки развития. Синдром фетальной акинезии. Нейрогенный артрогрипоз. С целью исключения синдрома центральной врожденной гиповентиляции проведен поиск мутаций в гене PHOX2B. В результате анализа ДНК не выявлено увеличенного количества копий GCN – повтора, локализованного в гене PHOX2B. В результате проведения полноэкзомного секвенирования выявлен ранее не описанный вариант нуклеотидной последовательности в гене TRIP4 в гомозиготном состоянии, приводящий к остановке синтеза полнофункционального белка (chr15:64686179, c.136C>T, p.Arg46Ter, NM_016213.4). Мутация в гене TRIP4 была валидирована методом секвенирования по Сэнгеру у ребенка и исследовано ее происхождение. Мать и отец девочки являются носителями гетерозиготного варианта в гене TRIP4. На основании анамнеза заболевания, клинической картины, данных инструментального обследования и результатов генетического исследования ребенку выставлен диагноз врожденной мышечной дистрофией, тип Давиньон–Шове (MIM:#617066; ORPHA:486815).

Выводы. Таким образом, описывая пациента с новой формой врожденного нервно-мышечного заболевания, мы предполагаем вызвать настороженность генетиков и неврологов при диагностике редких врожденных форм мышечной слабости с ранней дыхательной недостаточностью. Выявление генетической причины этой редкой формы нервно-мышечного заболевания может быть полезно не только с целью определения тактики медицинского сопровождения пациента, и медико-генетического консультирования семьи, но и в качестве модельной парадигмы для изучения новых факторов и механизмов, которые контролируют массу скелетных мышц и их физиологию.

НЕСОВЕРШЕННЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Коваленко М.С., Федин Д.А., Бегеза Е.М., Пилипенко Ю.Н., Недорезов В.А.
Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова, Областная детская клиническая больница имени Н.В.Дмитриевой, Рязань

Актуальность. Несовременное остеогенез (НО), osteogenesis imperfecta, болезнь «хрустального человека», болезнь Лобштейна–Вролика – редкое наследственное заболевание соединительной ткани и скелета, характеризующаяся хрупкостью костей, частыми переломами, костными деформациями, остеопорозом и нарушением костной микроархитектоники. Интеллект больных сохранен. Частота встречаемости 1 случай на 10–20 тыс. живорожденных, без гендерных и расовых различий. В современной классификации выделяют 15 клинических типов. Более 90% всех пациентов имеют мутации в генах коллагена COL1A1 и COL1A2, характерные для I–IV типов НО, характеризующиеся аутосомно-доминантным типом наследования (больше половины случаев – мутации de novo). В большинстве случаев, НО вызван доминантной мутацией генов в гене IFITM 5, локализованного на 11 хромосоме Клинические проявления



могут варьировать от легких случаев до тяжелых переломов уже во внутриутробном периоде. Основу лечения пациентов с НО составляет медикаментозная (бифосфонаты), хирургическая (интрамедуллярные штифты) и реабилитационная терапия.

Материалы и методы: приводим клинический случай ребенка с несовершенным остеогенезом. Ребенок Т., поступила в отделение патологии новорожденных ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой» в возрасте 4 часов жизни с диагнозом: несовершенный остеогенез, закрытый перелом правого бедра в средней трети со смещением. Ребенок от 4-й беременности, протекавшей с анемией и гестационным сахарным диабетом в 3 триместре, матери 37 лет. Данный ребенок в семье четвертый, у девочки 2008 года рождения также диагностирован несовершенный остеогенез, два других ребенка 14 и 6 лет здоровы. Роды на 39 неделе, самопроизвольные в затылочном предлежании. Вес 3980 грамм, Рост 56 см, о. головы 36 см, о. груди 35 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При поступлении состояние тяжелое за счет основного заболевания, болевого синдрома. При пальпации в области правого бедра крепитация, ребенок беспокоен, кричит. На рентгенограмме бедра определяется перелом диафиза с угловой деформацией и захождением костных отломков. Выполнена попытка закрытой ручной репозиции, наложены 2 фиксирующие гипсовые лонгеты. На последующих контрольных рентгенограммах через 16 дней сохраняется выраженное смещение костных отломков. Учитывая характер перелома и степень, была предложена операция устранения смещения и репозиции с последующим остеосинтезом металлическим штифтом. Однако родители, имея опыт лечения первого ребенка с несовершенным остеосинтезом и после консультации со специалистами НЦЗД г. Москвы от операции без предварительной медикаментозной терапии отказались. Через 16 дней на месте перелома сформировалась «костная» мозоль, лонгета снята, ребенок выписан домой с последующим обследованием в ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей». При генетическом обследовании у ребенка выявлен НО 3 типа, ребенку была инициирована курсовая терапия бифосфонатами. В настоящее время ребенку 1,5 года, ходит с 1 года 3 месяцев, переломы не повторялись. Выводы. Основу ведения пациентов с НО составляет междисциплинарный подход, направленный на увеличение двигательной активности, профилактику переломов, социальной адаптации. Требуется согласованное и тесное взаимодействие акушеров-гинекологов, неонатологов, ортопедов-травматологов со специалистами ведущих центров, работающих с такими детьми для выработки правильной тактики ведения пациентов.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ИСХОД И РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ

Комарова И.Б., Зыков В.П., Сафронов Д.Л., Шулешко О.В.
Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Введение. Заболеваемость артериальным ишемическим инсультом (АИИ) варьирует от 1,2 до 7,9 случаев на 100000 детей в год (Giroud M. et al, 1995; Зыков В.П. с соавторами, 2005; Mallick A.A. et al, 2014). Частота смертельных исходов достигает 14%, частота рецидивов – 15% (Simonetti G.B. et al, 2015; Fullerton H.J. et al, 2016). Неврологический дефицит сохраняется в среднем у 70% больных (Simonetti G.B. et al, 2015; Nasiri J. et al, 2016), примерно четверть пациентов инвалидизирована (Elbers J. et al, 2008). При этом не вполне ясно, от чего зависят тяжесть функционального исхода и риск рецидива.

Материал и методы. Включено 83 ребенка (возраст 1,5 месяца – 15 лет, средний возраст 4,5 года), перенесших верифицированный АИИ. Продолжительность катамнеза варьировала от 1,5 месяцев до 14 лет (в среднем 31,29 месяц). Анализировали функциональный невроло-

гический исход к окончанию индивидуальных сроков наблюдения, через год и через 5 лет после инсульта, определяли частоту рецидивов к окончанию индивидуальных сроков наблюдения, в течение 100 дней после инсульта и после 100 дней после инсульта, предикторы неблагоприятного исхода и рецидивов, изучали частоту смертельных исходов. Для оценки функционального исхода использовали шкалу PSOM (Kitchen L. et al, 2008); также учитывали случаи постинсультной эпилепсии, способность к самообслуживанию и возвращение к образу жизни, типичному для возраста.

Результаты. К окончанию индивидуальных сроков наблюдения у 30,12% пациентов наблюдался благоприятный исход, у 46,99% – относительно благоприятный и у 22,89% – неблагоприятный (PSOM \geq 2) исход. Эпилепсия развилась у 14,46% больных. Через год после дебюта двигательные расстройства отмечались у 69,2%, нарушения речи – у 25%, поведенческие и когнитивные расстройства – у 25%, эпилепсия – у 13,46% больных. Самообслуживание было доступно для 86,54% пациентов. Образ жизни, типичный для возраста, вели 69,2% больных. Инвалидизация отмечена в 17,3% случаях. Через 5 лет функциональный исход оказался сопоставим с таковым через 1 год. В регрессионном анализе связь с неблагоприятным исходом показали гипертермия (ОШ 13,49), кома (ОШ 15,75), корковые (ОШ 7) и трансмантийные инфаркты (ОШ 18). В отношении эпилепсии значимость выявлена для судорог острого периода (ОШ 22,96), корковых инфарктов (ОШ 2,29) и контрастирования стенок церебральных артерий (ОШ 5,6). Все первые рецидивы АИИ случились в пределах 2 лет 3 месяцев, накопительная частота их составила 24,2%. Наиболее неблагоприятным периодом был первый год, а в течение первого года – 100 дней (доля рецидивов, соответственно, 75% и 56,25%). Накопительная частота рецидивов для CASCADE 1D составила 25%, для CASCADE 2 – 30,5%, для CASCADE 3 – 100%, для CASCADE 4A – 17%, для CASCADE 5 – 20%, для АИИ, ассоциированного с лентикюлостриарной вазопатией и легкой травмой головы – 25% и для АИИ неустановленной этиологии – 25%. У больных CASCADE 3 рецидивы были многократными. Смертельный исход отмечен у 2,4% пациентов.

Заключение. После АИИ инвалидизация отмечается в 22,89% случаев. Функциональный исход через год сопоставим с таковым через 5 лет. Предикторы неблагоприятного исхода: гипертермия, кома, корковые/трансмантийные инфаркты. Предикторы эпилепсии: судороги острого периода, корковые инфаркты и контрастирование стенок артерий. Ожидаемая частота рецидивов – 24,2%. 56,25% рецидивов случается в течение 100 дней и 75% – в течение года. Вероятность рецидива определяется типом инсульта. Самым злокачественным является CASCADE 3.

ТЕМПЫ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК С УЧЕТОМ СОМАТОТИПА И ПРОПОРЦИЙ ТЕЛА

Комиссарова Е.Н., Орлова Д.С., Панасюк Т.В., Сазонова Л.А.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Российский государственный университет физической культуры и спорта; Великолукская государственная академия физической культуры, Санкт-Петербург, Москва, Великие Луки

В XXI столетии гигиенические, медико-биологические и психолого-педагогические вопросы приобретают особую актуальность, ибо исследования механизмов физического и полового развития девочек демонстрируют значительные расхождения средневозрастных норм ряда анатомо-физиологических показателей, темпов полового созревания и становления менструальной функции.

Цель – исследование биологической зрелости у девочек 8–12 лет и 14–17 лет с учетом соматотипа и пропорций тела.

Материал и методы исследования. Проведены соматометрия, соматотипирование, функциональная диагностика, оценка нейродинамики 640

здоровых девочек 8–12 лет, проживающих в Северо-Западном регионе России, компьютерное соматотипирование по Р.Н. Дорохову (1989); пальцевая дерматоглифика (DL10), клинико-физиологические методы. Обследовано 115 девочек-подростков в возрасте 14–17 лет (школьницы 8–11 классов средних школ г. Санкт-Петербурга). Проведены: анамнез, оценка пропорций тела, соматоскопия, ультразвуковое исследование органов малого таза на второй фазе менструального цикла при помощи ультразвукового сканера SonoScape SSI-1000, определялась половая формула. Математико-статистической обработке полученных результатов производили с применением программного обеспечения класса электронных таблиц Microsoft Excel 7.0 и прикладных программ STATGRAPHICS plus for Windows.

Результаты исследования. Многомерный метод статистического анализа структуры и силы связи морфологических признаков и функциональных показателей у девочек 8–12 лет различных соматотипов установил гетерохронность становление биологической зрелости. У большинства девочек в возрасте 8–10 лет обнаружены связи между функциональными показателями. У девочек МаС типа в 8–9 лет активно формируются пропорции и компоненты массы тела; в 10–12 лет пропорции тела и жировая масса тесно связаны с половым развитием. У школьниц МаМеС и МеС типа в 8 лет и 11 лет отмечено развитие весо-ростовых соотношений, в 9–10 лет и 12 лет отмечена связь между жировой, мышечной массой и значениями половой формулы. У девочек МиМеС и МиС типа в 8–11 лет формирование пропорций тела сопряжено с активным ростом мышечного и жирового компонентов, в 12 лет высокая корреляционная связь между жировой массой и половой зрелостью. С помощью канонической корреляции у девочек 12 лет выявлена тесная взаимосвязь ($r = 0,7$, $P < 0,05$) между развитием молочных желез, степенью оволосения лобка, подмышечных впадин и показателями частной конституции, (соматотип, дерматоглифика -DL10). Девочкам-подросткам 14–17 лет характерны определенные величины коэффициента гетерохронности и индекса «гармоничности морфологического развития» (ИГМР) (С.А.Пушкарев, 1983). Данное распределение характеризуют определенную направленность развития девочек – пикноидную или астеноидную, что свидетельствует о гетерохронном развитии. Отношение ширины плеч к ширине таза является хорошим информативным показателем возрастных изменений таза у девочек. Уменьшение с возрастом данного соотношения свидетельствует об увеличении размеров таза. Нами этот процесс отмечается в период 14–17 лет, и представительницы различных пропорций расположились в ряду: астеноидные пропорции < пикноидные пропорции < нормостеноидные пропорции. К 17 годам наиболее широкий таз (межгребневый диаметр) имеют девушки нормостеноидных пропорций, а малыми значениями обладают представительницы астеноидных пропорций ($P \leq 0,05$). Различия полового созревания между школьницами пикноидных и астеноидных пропорций составляет 1,36 балла, а между нормостеноидных – 0,57 балла. У девочек астеноидных пропорций самые низкие баллы в оценке развития молочных желез: в 14 лет 2,4 балла и максимальной оценки в 3 балла они достигают в 17 лет. У представительниц нормостеноидных и пикноидных пропорций развитие молочных желез завершается к 15 годам (3 балла). Выявлено, что у представительниц астеноидных пропорций средний возраст менархе 13 лет 1 мес, у нормостеноидных – 12 лет 1 месяца, а у пикноидных – 11 лет 6 месяцев. У обследованных девушек, без учета пропорций тела, определено наибольшее увеличение длины матки в 14–15 лет на 3,05 мм, а ширины в 14–16 лет на 4 мм.

Заключение. У девочек второго детства активное развитие жировой, мышечной ткани, половой зрелости и изменения пропорций тела приходится на возраст 11 лет и 12 лет. У девочек-подростков, выявлено наиболее гармоничное развитие девочек нормостеноидных и пикноидных пропорций. Представительницам астеноидных пропорций свойственна гетерохрония в процессе полового созревания.

РОСТ И РАЗВИТИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ С УЧЕТОМ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

Комиссарова Е.Н., Панасюк Т.В., Сазонова Л.А., Шкут Е.Н.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Российский государственный университет физической культуры и спорта, Великолукская государственная академия физической культуры, Городская клиническая больница № 5 им.Н.С.Филатова, Санкт-Петербург, Москва, Великие Луки

Актуальность. Период первого детства (4–7 лет) имеет важное значение в жизни ребенка, т.к. организм в эти годы очень пластичен, легко поддается внешним влияниям. Основным показателем здоровья детей в этом возрасте является уровень физического развития, который имеет немаловажное на начальном этапе обучения в школе. По данным комплекса медицинских и педагогических критериев к учебе в школе не готовы до 20% детей шести-семилетнего возраста; у 36% отмечена функциональная недостаточность дыхательной и сердечно-сосудистой систем (А.Г. Румянцев, М.В. Тимакова, С.М. Чечельницкая, 2004; А.А. Баранов с соавт., 2008). В таких условиях, важным является ранний прогноз роста и развития детей дошкольного возраста, который позволит создавать оздоровительные технологии с учетом конституциональных особенностей ребенка.

Цель исследования. Оценка процессов роста и развития у дошкольников с учетом соматотипа.

Материал и методы. Обследовано 60 дошкольников в возрасте 6–7 лет обоего пола, а именно 37 мальчиков и 23 девочки. Проведены антропометрические измерения и оценка соматотипов по методике Р.Н. Дорохова (1991); пропорции тела оценивали по индексу «гармоничности морфологического развития» (ИГМР); определяли индекс массы тела (ИМТ); учитывались форма спины, грудной клетки, живота, ног; своды стоп определяли по результатам плантографии; заболеваемость детей. Физиологические методы: пульсометрия, измерение артериального давления; расчет пульсового давления, вычисление среднего АД, которое выражает энергию непрерывного движения крови, по формуле Хикэма; определение состояния резервов сердечно-сосудистой системы с использованием индекса Робинсона (наиболее ценными критериями энергопотенциала).

Результаты исследования. У мальчиков центральное место занимают представители мезосоматического типа (МеС) – 40,5%, далее 38,8% составляют дети макросоматического типа (МаС) и 21,6% приходится на дошкольников микросоматического типа (МиС). У девочек типы телосложения расположились следующим образом МаС тип (22,7%), МеС тип (31,8%), МиС тип (45,4%) увеличивается количество девочек с микросомией. Наибольшие значения ИМТ отмечены у представителей МаС типа обоего пола и достоверны значимы ($P \leq 0,05$), но не превышают максимальных значений. Значения ИГМР свидетельствуют о том, что у мальчиков во всех группах соматотипов доминируют нормостеноидные пропорции от 50% у МаС типа до 62,5 и 66,6% у представителей МиС и МеС типов. Значительная доля пикноидных пропорций (37,5%) установлена в группе МиС типа, а астеноидных пропорций (26,6%) у мальчиков МеС типа. У девочек выявлена следующая гетерохрония ростовых процессов: в группе МаС типа 60% дошкольниц имеют нормостеноидные пропорции и 40% – астеноидные; представительницы МеС типа обладают 57% астеноидных пропорции, 28,5% нормостеноидных и только 14,2% приходится на пикноидные пропорции; у МиС типа лидируют пикноидные пропорции (50%), 30% нормостеноидные и 20% астеноидные пропорции. По мнению А.В. Мазурина и И.М. Воронцова (2009) гетерохронизация развития является также исключительно важной для характеристики здоровья. По результатам плантографии установили, что у 50% мальчиков и 40% девочек МаС типа и 40% девочек МиС типа выявлена плоско-вальгусная установка



стоп. У мальчиков МаС и МеС типа и девочек макросоматиков преобладает цилиндрическая форма грудной клетки. Уплощенная форма грудной клетки свойственна девочкам МеС и детям обоего пола МиС типа. Выпуклая форма живота и Х-образная (1, 2 степень) форма ног наиболее часто встречается у дошкольников обоего пола МаС типа, остальных детей – прямая форма живота и ног. У детей обоего пола МаС типа наиболее часто определяется нарушение осанки и плоскостопие, а девочки МиС типа, в большей мере подвержены частым респираторным инфекциям. Достоверных различий в показателях гемодинамики и ударного объема у мальчиков и девочек не имеют достоверных межконституциональных различий. Лучшим энергопотенциалом обладают мальчики и девочки МеС и МиС типа ($P \leq 0,05$). Заключение. Таким образом, при оценке здоровья детей дошкольного возраста, необходимо как можно более точно идентифицировать соматотипологическую принадлежность ребенка, физическое развитие, интенсивность ростовых процессов и развитие сердечно-сосудистой системы, а также это имеет чрезвычайно важно значение для адаптационных возможностей дошкольников.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Коровин С.А., Дзядчик А.В., Любанская С.Ю., Соколов Ю.Ю.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»; Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Цель работы: оценить эффективность лапароскопических технологий в группе больных с острой ишемией органов брюшной полости. Актуальность: вопросы оказания экстренной хирургической помощи детям являются приоритетными в детской хирургии. Материалы и методы: в клинике с 2009 по 2018 годы было прооперировано 138 больных с острой ишемией органов брюшной полости (ОИ ОБП): перекрутами придатков матки (ППМ) (77), первичным перекрутом сальника (ППС) (32), синдромом мальротации (СМ) (22), перекрутами дивертикула Меккеля и червеобразного отростка (ПДМ, ЧО) (5), перекрутами селезенки (ПС) (2). Возраст больных был от 1 месяца до 18 лет. Результаты и обсуждение. Многообразие клинических проявлений острой ишемии органов брюшной полости было обусловлено нозологиями внутри группы больных и сроком заболевания. Пациенты были структурированы по виду ишемии (острой и рецидивирующей), по форме (органной и мезентериальной) и в соответствии с клиническими стадиями заболевания (I «начальных клинических проявлений»; II «ярких клинических проявлений»; III «потенциальных осложнений»). Острая форма ишемии стала характерной для больных с ППМ, ППС и ПДМ, ЧО и была отмечена в 134 (97,1%) наблюдениях. Рецидивирующая форма ишемии стала типичной для больных с СМ и была отмечена в 4 (2,8%) наблюдениях. Органная и мезентериальная форма ишемии были отмечены соответственно в 80 (57,9%) и в 58 (42%) наблюдениях. Для большинства больных синдромальной группы характерным стала госпитализация, преимущественно, во II и III стадиях заболевания соответственно в 67 (48,6%) и 51 (36,9%) наблюдениях ($p < 0,05$). Виды и объем выполненных оперативных вмешательств находились в зависимости от анатомических характеристик, вовлеченных в патологический заворот органов брюшной полости и клинической стадии заболевания. В группе 77 больных с ППМ лапароскопическая деторсия ПМ была успешной в 76 (98%) наблюдениях, ограничения были обусловлены значительными размерами кистозно измененного яичника у больной грудного возраста. В группе 32 больных с ППС лапароскопическая

резекция сальника была выполнена в 31 (97%) наблюдении. Конверсия была выполнена при тотальном перекруте органа в 1 (3%) наблюдении. В группе 22 больных с СМ лапароскопическая операция Ледда была успешной в 12 (54,6%) наблюдениях. Ограничения в 10 (45,5%) наблюдениях были обусловлены анатомическими проявлениями порока кишечника и ишемическими нарушениями. В группе 5 больных с ПДМ, ЧО лапароскопические вмешательства были успешными в 3 (60%) наблюдениях. Конверсии в 2 (40%) наблюдениях были связаны с развитием запущенных форм перитонита. В группе 2 больных с ПС были выполнены лапароскопические деторсии и спленопексии. Выводы. Лапароскопические технологии в группе больных с острой ишемией органов брюшной полости были эффективными в 124 (89,9%) наблюдениях. Ограничения для эндохирургических вмешательств в синдромальной группе больных имели «специфический» характер для отдельных нозологий, а также находились в зависимости от клинических стадий острой ишемии.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

Коровин С.А., Туманян Г.Т., Донской Д.В., Акопян М.К., Дзядчик А.В., Соколов Ю.Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»; Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения Москвы; Детская городская клиническая больница Св. Владимира Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Цель работы: определить эффективность лапароскопических вмешательств у детей с перфоративными гастродуоденальными язвами. Материалы и методы: С 2010 по 2017 г. с перфоративными гастродуоденальными язвами было оперировано 24 больных в возрасте от 2 до 18 лет. При поступлении были проведены ультразвуковое исследование (УЗИ) и обзорная рентгенография брюшной полости. Оперативное лечение предусматривало выполнение лапароскопии, в ходе которой определяли рациональный вид оперативного вмешательства. Результаты и обсуждение: С остро возникшим болевым абдоминальным синдромом было госпитализировано 19 (79%) больных. Развитие перфоративных язв на фоне длительной терапии по поводу интеркуррентных заболеваний было отмечено у 5 (20,8%) больных. Средний возраст больных составил $12,5 \pm 5,3$ года. Догоспитальный период длился в среднем 26 ± 16 ч. Состояние больных при поступлении было тяжелым в 16 (66,7%) наблюдениях. В клинической картине превалировал выраженный болевой абдоминальный синдром в верхнем этаже брюшной полости. В ходе рентгенологического исследования брюшной полости свободный газ под диафрагмой обнаружен у 12 (50%), а признаки динамической кишечной непроходимости – у 7 (29%) больных. При УЗИ брюшной полости ультразвуковые показатели «ургентности» были выявлены в 21 (87,5%) наблюдениях, а свободный газ под передней брюшной стенкой – у 8 (33,3%) больных. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв было успешным в 19 (79%) наблюдениях. Конверсии выполнили в 3 (12,5%) случаях, «открытые» оперативные вмешательства – у 2 (8,3%) больных при тяжелом состоянии пациента (2) и слабой подготовленностью хирурга в области лапароскопических технологий (3). Выводы. С учетом клинико-инструментальных данных дооперационный диагноз перфорации полого органа может быть установлен в 79% наблюдений. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв может быть эффективным у 79% больных.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ КАК ИНДИКАТОР СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ ПРИ МИЕЛОДИСПЛАЗИИ

Косырева М.А., Корсунский А.А., Гусева Н.Б., Млынчик Е.В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 9 имени Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Актуальность. Проблема недержания мочи одна из наиболее распространенных проблем детского возраста. Нейрогенный мочевой пузырь (НМП) у детей с миелодисплазией относится к медико-социальной проблеме, в результате которой у пациентов имеются ограничения психической и физической активности, повышенный риск рецидивирования хронического пиелонефрита (ХП), которые в итоге снижают качество жизни (КЖ) детей и их семьи.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 пациентов 7–14 лет, с миелодисплазией, НМП, поступивших в стационар с обострением ХП. Всем пациентам было проведено лечение, которое включало: медикаментозную терапию, лечение с помощью энергии лазеров низкой интенсивности, БОС – терапию, физиолечение, массаж, лечебную физкультуру с контрольным исследованием функции мочевых путей через 3 мес. Оценка клинических симптомов была выполнена методом квалитметрии и с помощью разработанных таблиц. Оценка КЖ проведена трехкратно путем заполнения родителями пациентов вопросников по оценке КЖ детей в простой письменной форме по 5 разделам на всех этапах оказания стационарной и последующей амбулаторной помощи.

Результаты. Купирование острого воспалительного процесса способствовало частичному повышению КЖ на 30%. Комплекс мер по восстановлению функции органов и систем позволял повысить КЖ на 50%, независимо от этиопатогенетических факторов развития воспаления и способствовало практически полному стиханию хронического процесса.

Заключение. Повышение эффективности лечения детей с данной патологией, обусловлено комплексными диагностическими и лечебно-реабилитационными механизмами. Системный пошаговый подход к лечению, позволяет добиться купирования рецидивов ХП, а так же улучшить КЖ детей и их семьи.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Кошурникова А.С., Терещенко С.Г., Ермилова Е.А.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения Москвы», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского», Москва

Цель исследования: улучшить результаты лечения детей с инородными телами ВО ЖКТ и снизить риск вероятности развития кровотечения после извлечения ИТ.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 379 детей с инородными телами ВО ЖКТ, поступивших в отделение детской хирургии ГБУЗ ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ и ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского за период с 2016 по 2018 гг. Возраст пациентов от 7 месяцев до 12 лет, девочек – 123(32%), мальчиков – 256 (68%). Сроки поступления в ста-

ционар от момента попадания инородного тела в ВО ЖКТ от 2-х часов до 14 суток. Для определения локализации ИТ ВО ЖКТ и выявления предполагаемых осложнений детям выполнялось рентгенологическое обследование органов грудной и брюшной полости, в некоторых случаях с использованием водорастворимого контраста Ультравист, в разведении 1:2. Эндоскопическое исследование проводили в условиях операционной под общей анестезией на видеоэндоскопических системах. Для извлечения ИТ использовались разнообразные инструменты (экстракторы типа «крысиный зуб», «аллигатор», петли, корзинки Dormia, и т.д.) Для профилактики и остановки кровотечения возникшего при извлечении инородного тела использовали гемостатическое средство Гемоблок в количестве 20–60 мл. Применяли метод орошения источника кровотечения. Гемостаз достигался на 1–2 минуте.

Результаты. В 88% (334 человека) случаях ИТ были извлечены эндоскопическим путем, у 10,5 % (40 детей) ИТ вышли естественным путем, в 2% случаев (5 детей) были прооперированы из них 1 ребенок погиб (26%), выраженная симптоматика – дисфагия, слюнотечение, тошнота, рвота, боли за грудиной, боли в животе у 279 больных (74%). Характер жалоб зависел от вида, уровня локализации, фиксации, времени пребывания ИТ в ВО ЖКТ. По локализации в ВО ЖКТ ИТ: в пищеводе на уровне физиологических сужений выявлены у 65(17%) детей, в желудке у 301 (80%), в ДПК у 13 (3%). Множественные ИТ диагностированы у 31 (8%) пациента. По патологическому воздействию на стенку органа (Ионов Д.В. 2015 г.) ИТ распределились следующим образом: Инертные инородные тела (ИИТ): монеты, игрушки, шарики у 202 (53%) человек, Химически активные инородные тела (ХАИТ): батарейки у 101 (27%) ребенка, Физически активные инородные тела (ФАИТ): магниты у 75 (20%) человек. Инородные тела с комбинированным воздействием (ИТКВ): трихобезоар у 1 (0,2%) ребенка, оперативное лечение. За 2016–2018 гг. участились случаи проглатывания детьми гидрогелиевых шариков, которые целесообразно отнести к ФАИТ, т.к. их особенностью является увеличение размеров (до 5 раз) при попадании в жидкостную среду и развитие кишечной непроходимости. Трудность диагностики состояла в том, что данные ИТ рентгеноконтрастные, в связи с чем, длительность нахождения гидрогелиевых шариков в просвете ЖКТ составляла от нескольких суток до нескольких недель. УЗИ-диагностика органов брюшной полости явилась одной из основных диагностических методик. При эзофагогастродуоденоскопии ИТ в желудке найдены в 5 случаях, у 7 детей шарики мигрировали в тонкую кишку, у 2 детей вышли естественным путем, в 5 случаях дети были прооперированы по поводу кишечной непроходимости, из них 1 ребенок погиб. При длительном нахождении ИТ в пищеводе и желудке в зависимости от их видовых особенностей, были выявлены изменения слизистой оболочки (СО) такие как: поверхностные эрозии у 150 детей (40%), пролежни по типу язвенных дефектов у 43 человек (11%), локальный химический ожог электролитом батарейки 6 детей (2%), эти изменения сопровождалась выраженной отечкой и гиперемией слизистой и, как следствие, выраженной контактной кровоточивостью во время эндоскопических манипуляций, у 180 человек (47%) превалировал умеренный отек и гиперемия СО. Лечебный эндогемостаз по поводу выраженной кровоточивости во время извлечения ИТ применен у 29 (15%) детей гемостатическим препаратом Гемоблок. При контрольном эндоскопическом исследовании, проводимом через 5–7 дней, эрозивно-язвенных изменений, деформаций со стороны СО ВО ЖКТ не выявлено.

Выводы. Эндоскопическое исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта является эффективным вмешательством, позволяющим диагностировать и при возможности извлечь инородное тело. Данные исследования являются основанием тактики ведения больных с инородными телами (выжидательная тактика в виде динамического наблюдения, эндоскопическое извлечение, оперативное вмешательство).



АНАЛИЗ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ СОХРАНЕНИЯ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ НА ДОМУ В ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ПОСТЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

Кравченко В.П.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская поликлиника № 91», Москва*

В марте 2020 г. ВОЗ объявила пандемию новой коронавирусной инфекции, борьба с которой потребовала дополнительные затраты в системе здравоохранения. Постэпидемическая экономика потребует перераспределения ресурсов, в том числе и в здравоохранении, – экономических, финансовых, трудовых. Однако это будет происходить в рамках возможностей принятого бюджета. Ситуация диктует необходимость искать ресурсы. Ассамблея «Здоровая Москва» (01.2020) прошла под знаком пациентоориентированности. На ассамблее рассматривалось внедрение систем искусственного интеллекта (ИИ) в практике врача для ускорения диагностики и улучшения ее качества. Был сделан акцент и на то, что системы ИИ должны существенно освободить врача от не врачебных функций. Возможно, стоит вернуться к рассмотрению предложения, высказанного в 2016 г. академиком РАМН, главным педиатром МЗО РФ Барановым А.А., а именно: воспользоваться мировой практикой и отменить функцию вызова врача-педиатра на дом, с целью улучшения качества диагностики. Какие аспекты, с моей точки зрения, делают это предложение актуальным? Во-первых, это кадровый дефицит первичного звена, высокий процент специалистов предпенсионного и пенсионного возраста. Во-вторых, несмотря на социальную ориентированность государства, приходится учитывать и экономические реалии, требующие поиск компромиссов в использовании некоторых достижений периода советской медицины в текущих условиях. Тем более что большинство европейских стран и США, при существенно больших возможностях финансирования (в % от ВВП), были вынуждены отказаться от практики вызовов врача на дом. В-третьих, вследствие наличия значительного числа необоснованных вызовов на дом, при имеющейся численности врачей ЛПУ, становится физически невозможным обслуживать поток в несколько десятков вызовов ежедневно, особенно в период сезонного подъема заболеваемости, тем более обслуживать их одинаково качественно. Так, например, по утверждению, главного врача Псковской детской городской больницы Э. Мелех, до 60% вызовов являются необоснованными. Как следствие, все отмеченное ведет к постоянным перегрузкам врачей, и сложностям соблюдения руководством ЛПУ норм трудового законодательства по продолжительности рабочей недели врачей и норм сверхнормативной работы за год. В этой связи было проведено собственное исследование – сравнительный анализ количества вызовов на дом в условиях доэпидемического и эпидемического периодов.

Цель исследования. Оценить влияние режима самоизоляции на уровень обращений за медпомощью детям путем вызовов врача на дом в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции. В качестве объекта исследования был рассмотрен педиатрический участок численностью 1490 детей. Был проведен сравнительный анализ объема вызовов на дом, поступивших во временных интервалах апрель-май 2019 и 2020 года. Из числа посещений были исключены дети, находящиеся на амбулаторном лечении с диагнозом коронавирусная инфекция и контактные по данному заболеванию. Проведенный анализ показал снижение количества вызовов с 101 в 04.19 до 42 в 04.20 г., то есть снижение в 2,4 р. В мае 2019 г. и 2020 было зарегистрировано 89 и 32 вызовов соответственно, – снижение в 2,8 р. По возрастным группам снижение выглядело так: для 3–4-летних детей 3,3 раза, для 4–5 лет 2,2 раза, для 5–6 летних – 2,5 раз.

Выводы. 1. Сравнительный анализ показал существенное снижение обращаемости детского населения за медпомощью в условиях ограничительных мер пандемии коронавирусной инфекции. 2. Отсутствие негативных последствий в результате снижения обращаемости. 3. Тем самым косвенно подтверждается предположение о наличии значительного количества необоснованных вызовов. 4. Предлагается, соблюдая региональный подход в плане наличия соответствующей транспортной инфраструктуры, сохранить, как вариант, вызова участковых педиатров на дом для детей до года в областных центрах (до трех лет в районных центрах и сельской местности). Для всех остальных возрастных групп, обслуживание состояний, не угрожающих жизни, осуществляется в поликлиниках. 5. Трудовые, финансовые и материальные ресурсы смогут эффективнее использоваться для улучшения качества медицинского обслуживания, что действительно будет способствовать внедрению принципов пациентоориентированности.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кувшинова Е.Д.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
науки «Федеральный исследовательский центр питания и
биотехнологии», Москва*

Пищевая аллергия – серьезная и важная проблема современности из-за постоянного роста числа больных и существенного влияния на качество жизни этих пациентов. Среди пищевых продуктов куриное яйцо относится к одному из самых распространенных пищевых аллергенов, поскольку присутствует во многих блюдах домашнего и промышленного изготовления.

Целью и задачей настоящего исследования была оценка переносимости яйца и мяса цесарки у детей с пищевой аллергией и расширение рациона питания детей за счет данных продуктов.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 детей (девочек – 23, мальчиков – 17) в возрасте от 8 месяцев до 3 лет. У всех детей диагностирован atopический дерматит, обострение которого было связано с пищевой аллергией к куриному яйцу. В начале исследования было выделено 2 группы по 20 больных. Первую группу составили дети в возрасте от 8 мес. до 1,5 лет, получавшие по ½ яйца цесарки через день. Во вторую группу вошли больные в возрасте от 1,5 до 3 лет, получавшие по 60–90 г мяса цесарки в сутки. Длительность приема исследуемых продуктов составляла 14 дней. Пациенты обеих групп получали гипоаллергенную диету, базисную терапию (антигистаминные препараты и средства наружной терапии). Оценку выраженности клинических симптомов (гиперемия/эритема, инфильтрация/папулы, экскориация, лихенизация), зуда кожи и распространенности кожного процесса проводили с помощью расчета индекса EASI (Eczema Area and Severity Index). В дневнике наблюдения родители ребенка регистрировали такие кожные аллергические реакции, как появление гиперемии кожи, экссудации, отека, аллергической папулезной сыпи, а также гастроинтестинальные симптомы (колики, метеоризм, срыгивания или рвота, снижение аппетита, изменение стула в виде запоров или диареи). Всем детям проводили общеклиническое (сбор анамнестических сведений, общий анализ крови, мочи) и аллергологическое (определение концентрации специфических IgE антител к куриному яйцу и мясу) обследование.

Результаты. Легкое течение болезни (по значению индекса EASI – 19,4±4,8) наблюдалось у 28 (70,0%), а среднетяжелое течение (EASI – 35,5±3,7) – у 12 (30,0%) больных. Введение в рацион питания яйца и мяса цесарки показало хорошую переносимость данных продуктов у большинства наблюдаемых детей. Так, у 15 (75%) детей, употребляю-

щих яйцо цесарки (первая группа), переносимость данного продукта была хорошей. Обострение кожного процесса и других побочных реакций у них не отмечалось. Лишь у 5 (25,0%) детей, получающих яйцо цесарки, отмечалось усиление гиперемии и зуда кожных покровов. Употребление мяса цесарки у 3 (15,0%) детей второй группы вызвало небольшое усиление кожного зуда. Переносимость мяса цесарки у остальных 17 (85,0%) детей была хорошей. Появления новых кожных симптомов аллергии не наблюдалось. Нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта и отказа от приема продуктов на протяжении исследования зарегистрировано не было. Индекс EASI к 14 дню наблюдения за этими детьми имел тенденцию к снижению на 5% ($p < 0,10$) и составил в первой группе $18,4 \pm 3,2$, во второй группе – $33,7 \pm 2,5$. Изучение средних концентраций специфических IgE к куриному яйцу и мясу в сыворотке крови до и после приема продуктов показало статистически значимое их снижение ($p < 0,05$) к концу исследования у большинства детей: с $2,38 \pm 0,05$ МЕ/мл до $1,71 \pm 0,02$ МЕ/мл в первой группе и с $2,15 \pm 0,07$ МЕ/мл до $1,29 \pm 0,09$ МЕ/мл – во второй.

Выводы: изучение переносимости яйца и мяса цесарки показало, что данные продукты хорошо переносились и усваивались, не вызывали кожных и гастроинтестинальных аллергических реакций у наблюдаемых детей. Изученные продукты могут быть использованы в составе лечебных диет у пациентов с пищевой аллергией. Проведенное исследование показало, что яйцо и мясо цесарки могут служить в качестве альтернативных продуктов для питания детей с аллергией на куриное яйцо. Альтернативные диетические продукты имеют большое значение для педиатрической практики, поскольку они способны предотвратить у детей с пищевой аллергией ненужные ограничения в питании, которые могут быть причиной развития дефицитных состояний и отрицательно влиять на качество жизни.

К ВОПРОСУ О ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЯХ

Кузьменко Л.Г.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», Кафедра педиатрии Медицинского института, Москва

Успехи естественных наук к концу XX века вывели медицину на новый уровень в понимании формирования патологических состояний в человеческом организме. Все более отчетливо стали обозначаться индивидуальные позиции в плане чувствительности или устойчивости к развитию того или иного патологического состояния, т.е. вопросы профилактики и лечения заболеваний и патологических состояний стали все более научно обоснованными с учетом индивидуальных особенностей. Педиатрия относится к числу такого раздела медицины, который закладывает здоровье будущего взрослого человека. Поэтому для педиатрии крайне важным является поиск путей не только обеспечения здоровья ребенку, но и сохранение и приумножение этого здоровья. Инфекционные заболевания до настоящего времени остаются ведущими в числе заболеваний детского возраста. Однако эти заболевания резко отличаются от таковых, которые имели место в первой половине прошлого века. В настоящее время в условиях массового проведения профилактической вакцинации среди инфекционных заболеваний детского возраста доминируют острые респираторные инфекции, вызываемые группой респираторных вирусов и некоторых внутриклеточных патогенов бактериального происхождения. К группе высокого риска возникновения таких заболеваний относятся дети грудного возраста (преимущественно второй половины первого года жизни) и дети разного возраста, имеющие величину тимуса, существенно превышающую среднюю популяционную его величину, или наоборот, величина которого меньше средней популяционной.

Именно дети указанных групп являются тем контингентом, из которого формируется группа часто болеющих детей (ЧБД). Как известно, группа ЧБД не является диагнозом. Это группа диспансерного наблюдения, и наблюдающий такого ребенка врач должен решить, что является причиной такого состояния. Если в процессе наблюдения и обследования выявляется какая-либо нозологическая форма, то такой ребенок из группы ЧБД исключается и дальнейшее его наблюдение и лечение проводится в связи с установленным диагнозом. Частые заболевания ребенка оказывают негативное влияние на психологический климат в семье, нередко напряженными отношениями между родителями в связи с дефицитом внимания к другим членам семьи, в том числе и к детям, приводят к ухудшению качества жизни родителей и определенным материальным затратам. При этом, по данным российских источников, материальный ущерб наносится не только семье, но и государству, поскольку ущерб наносимый только одним случаем острых респираторных инфекций составляет от 3000 до 5000 рублей, а суммарный годовой ущерб, наносимый на оплату больничных листов в связи с временной утратой трудоспособности по уходу за больными составляет около 15 млрд рублей, и не менее $\frac{2}{3}$ из них уходит на оплату больничных листов по уходу за детьми. На сегодняшний день существует лекарственный препарат, используемый для лечения часто болеющих детей и профилактики ОРВИ. Он имеет разрешение на использование у детей с 6-месячного возраста, продается в аптеках, и сотрудники кафедры наблюдают пролеченных детей более 10 лет. Никаких осложнений и побочных эффектов от его применения не отмечено. Это препарат отечественного производства, разрешенные к применению в детском возрасте. Он не оказывающий никакого отрицательного влияния на организм ребенка и способствует улучшению функции собственного тимуса. Для уточнения его роли возможно проведение многоцентрового исследования.

ЭПИЛЕПСИЯ И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кузнецова А.А., Щедркина И.О., Левов А.В., Соловьев В.Б., Лившиц М.И., Кессель А.Е., Петрайкина Е.Е.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Заболеемость артериальным ишемическим инсультом (АИИ) у детей составляет в среднем 2–3 на 100 тыс. в год, при этом 40% всех случаев приходится на возраст до года.

Цель: оценка рисков возникновения эпилепсии после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Задачи работы: оценка частоты различных манифестных симптомов ОНМК; определение факторов риска возникновения судорог и постинсультной эпилепсии. Материалы и методы. С апреля 2014 г. на базе ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ» создан Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей, где ведется городской регистр детского инсульта на базе Центра по лечению цереброваскулярной патологии у детей. Проведен ретроспективный анализ историй болезней детей и подростков, поступивших и проходивших стационарное лечение в Центр с диагнозами: артериальный ишемический инсульт (АИИ), геморрагический инсульт и синус тромбозом, а также наблюдавшихся в катамнезе.

Результаты. Проанализировано 560 историй болезней. Наиболее часто встречающимся манифестным симптомом ОНМК была общемозговая симптоматика – в 71,9% случаев. Судороги в дебюте инсульта встречались у 16,3% пациентов (114 детей), из них у 70 детей диагностирован геморрагический инсульт, реже при синус-тромбозе – всего у 4 пациентов.



Средний возраст детей с артериальным инсультом был 6 лет, с геморрагическим инсультом – 1,9 лет, с синус-тромбозом – 2,8 лет. Отмечалось сочетание судорожных приступов с другими симптомами: наиболее часто с общемозговой симптоматикой, при этом при ишемическом инсульте характерно сочетание с гемипарезом, при синус-тромбозе – с лихорадкой. Катамнестически проанализировано 280 историй болезней детей с ОНМК за период с 2013 по август 2015 г., наблюдавшихся амбулаторно на базе Центра, из них 62% дети с АИИ, в возрасте от 6 до 14 лет. Выявлено, что в 8,6% случаев (15 детей) с АИИ возникла эпилепсия. Только у 3 из 15 детей отмечались острые судороги, которые сочетались с гемипарезом и нарушением сознания, при этом тяжесть инсульта, оцененная при поступлении по RedNIHSS, варьировалась от 1 до 15 баллов, что соответствовало легкому и среднетяжелому инульту. Приступы наиболее часто дебютировали от 12 до 24 месяцев от начала заболевания. При оценке факторов риска эпилепсии важное значение имеет объем и локализация поражения головного мозга (вовлечение коры головного мозга), наличие острых и поздних судорог на фоне инсульта, возможно влияние возраста возникновения ОНМК и пола. Сроки и необходимость назначения длительной противосудорожной терапии для купирования острых и поздних судорог четко не определены, значение данной терапии для развития постинсультной терапии не изучено. Дети, развивающие острые и поздние судороги, а также имеющие в исходе ОНМК постинсультную эпилепсию имеют снижение когнитивных функций и значительные ограничения в реабилитации. Выводы. При поступлении ребенка в стационар с впервые развившимся судорожным приступом необходимо исключение ОНМК. Накапливаемые данные об инсульте у детей и подростков требуют проведения дальнейших исследований по поиску факторов риска возникновения постинсультной эпилепсии, с разработкой шкал оценки этих рисков. В клинической практике важной является разработка единых рекомендаций по проведению противосудорожной терапии у пациентов с ОНМК на различных этапах, с учетом возраста, этиологических факторов и реабилитационного потенциала.

ОТРАЖЕНИЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЭФФЕКТА ЗАКАЛИВАЮЩИХ ПРОЦЕДУР У ДЕТЕЙ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ

Кузнецова М.Н., Петричук С.В.

*Научный медицинский исследовательский центр здоровья детей,
Москва*

Охрана здоровья детей, как важная государственная задача, включает профилактические мероприятия против большого числа клинически неоднородных нозологических форм острых респираторных инфекций (ОРИ). Цель: изучить возможности снижения заболеваемости ОРИ у детей. Пациенты и методы. Работа выполнена в ДООУ Москвы. С целью тренировки свойств физической терморегуляции проведено воздушно-контрастное закаливание (ВКЗ), которое проводилось ежедневно с введением в оздоровительно-профилактический комплекс циклических и динамических физических упражнений с музыкальным сопровождением после дневного сна. Задача оздоровления более 200 детей 3,5–7,5 лет включала: закаливание, совершенствование координации движений, формирование свода стопы и осанки, повышение общего физического развития и здоровья, обучение взаимодействовать со сверстниками в коллективе (Змановский Ю.Ф.). В 15 часов дети просыпались под звуки музыки и, лежа в постели, в течение 2–3 минут пробуждения выполняли 3–4 физических упражнения, охватывающие все группы мышц. Затем дети за время 12–15 минут занятий босиком, в трусах перебежали из одной комнаты в другую 4–6 раз. Физические упражнения в теплом помещении выполнялись в спокойном ритме, в холодном – быстрая пробежка с подскоками, дыханием через нос. Температура в двух помещениях,

составляла вначале в «теплом» + 21–24°C (для подогрева включался калорифер), в «холодном» на 3–5°C ниже, и в течение 1,5–2 месяцев снижали проветриванием до +12–15°C. Оздоровительный эффект закаливающих процедур оценен по частоте случаев ОРИ и их осложнений. Кожно-сосудистые температурные реакции (КСТР) на холодные стимулы, характеризующие физическую терморегуляцию, определены у 239 детей методом электротермометрии (Маршак М.Е., 1965). Оценка проведена по интенсивности реакции сосудов с точностью до 0,1°C на холодовую раздражитель после 10 секунд контакта пробирки, наполненной тающим льдом, с поверхностью кожи тыльных поверхностей кистей рук и области нижней трети грудины, скорости восстановления температуры и продолжительности реакций в секундах. Химическая терморегуляция оценена по активности ферментов популяции лимфоцитов и нейтрофилов периферической крови (Р.П. Нарциссов, 1984).

Результаты и статистическая обработка. Обработка материала проведена с использованием пакета программ. Значимость различия средних значений исследуемых параметров оценена по критерию Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p \leq 0,05$. Закаливание путем воздействия на стопы «тепло-холод-тепло» дало выработку целесообразных терморегулирующих реакций. Анализ корреляционных связей КСТР с окислительно-восстановительным потенциалом лейкоцитов периферической крови, проведенный методом множественной пошаговой регрессии, выявил связи ферментного статуса нейтрофилов с продолжительностью температурных реакций. Здоровый организм в ответ на закаливающее воздействие средней силы, отвечает выбросом клеток с высокой активностью и быстрым восстановлением клеточного гомеостаза. Анализ всех параметров структуры клеток крови по показателю активности основного фермента цикла Кребса – сукцинатдегидрогеназы (СДГ) показал, что при учете изменения этого фермента, как в лимфоцитах, так и в нейтрофилах, можно определить закаленных детей и отличить от незакаленных. Из данных анализа заболеваемости следует, что при неразличимых исходных данных основной и контрольной групп через год число случаев ОРИ детей, получавших ВКЗ, в среднем в 1,6 раза ниже ($p \leq 0,01$). У детей контрольной группы заболеваемость ОРИ осталась без изменений. Заключение. Таким образом, выявлено влияние средовых факторов в процессе закаливания на физиологические реакции организма ребенка, что проявляется в совершенствовании физической терморегуляции, улучшении общего состояния здоровья детей, в снижении числа случаев ОРИ на 35–40%.

Выводы. Установлены корреляционные связи КСТР с окислительно-восстановительным энергообеспечением нейтрофилов у детей, получавших систематическое контрастное закаливание. Установлено, что по показателям кожно-сосудистых реакций наиболее точно можно определить активность НАДФН2-диафоразы нейтрофилов. Это позволяет по физической терморегуляции судить о состоянии противовирусной и противомикробной защиты организма. Эффективность метода воздушного, контрастного закаливания, описанного в трудах Г.Н. Сперанского (1910), подтверждается проведенным исследованием.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ КАК КОМПОНЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДЕТЕЙ

Курьева М.А., Кирицина И.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермская государственная фармацевтическая академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Пермь

Введение. В аптечной практике регулярно встречаются ситуации самостоятельного приобретения товаров аптечного ассортимента (ТАА)

несовершеннолетними посетителями. В соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» лицо, не достигшее 18 лет, является ребенком, вместе с тем, не установлены ограничения на реализацию лекарственных препаратов (ЛП) детям. Согласно проведенному исследованию на долю обращений детей приходится около 6% от общего числа покупателей аптечных организаций (АО). Среди подростков пользуются спросом витаминно-минеральные комплексы, средства по уходу за кожей, ЛП, применяемые при боли в горле, для снятия заложенности носа, обезболивающие, мази от ушибов, средства личной гигиены и другое. Очевидно, что самостоятельное приобретение и бесконтрольное применение ЛП в детском возрасте противоречит концепции «лекарственная безопасность» (ЛБ) и создает серьезные риски для здоровья детей. Вышесказанное актуализирует необходимость фармацевтического просвещения детей по вопросам безопасного использования ЛП и других ТАА.

Цель: определить направления повышения фармацевтических знаний у детей с целью обеспечения ЛБ в детском возрасте.

Материалы и методы: с использованием методов анкетирования и наблюдения проведено изучение поведения подростков 15–17 лет в отношении безопасности использования ими ЛП и других ТАА, и оценка профессиональной компетентности фармацевтических специалистов по вопросам организации консультирования несовершеннолетних клиентов АО с позиций обеспечения ЛБ.

Результаты. Анализ поведения подростков в отношении использования ЛП и ТАА показал, что 74% респондентов не читают инструкцию по медицинскому применению, 40% нарушают дозировку или кратность приема ЛП, 78% не проверяют срок годности ЛП перед его использованием, 13% нарушают режим хранения, 17% используют при изменении органолептических свойств. Установлено, что большинство (52%) респондентов стремится получать информацию о ЛП из доступных источников и старается соблюдать полученные самостоятельно рекомендации. Вместе с тем, 48% опрошенных считают, что фармацевтическая консультация в момент приобретения ТАА является малозначимым компонентом для обеспечения ЛБ, так, 11% респондентов отмечают, что консультация, как правило, длительная, 15% указали, что консультация формальная и не достаточно информативная. В ходе анкетирования фармацевтических работников установлено, что наблюдается тенденция к росту самолечения в детском возрасте. Специалисты отмечают, что для обеспечения ЛБ целесообразна популяризация фармацевтического просвещения детей с учетом возрастных и физиологических особенностей данной категории граждан. Вместе с тем, большая часть (71%) провизоров отметила, что испытывает трудности при консультировании несовершеннолетних посетителей и подтверждает необходимость расширения своих компетенций с позиций формирования коммуникативных навыков в общении с детьми различных возрастных категорий для обеспечения ЛБ в детском возрасте. Нами определены основные направления оптимизации фармацевтической грамотности несовершеннолетних покупателей с позиции ЛБ детей, под которой мы понимаем предупреждение фармацевтических и фармакотерапевтических рисков при использовании ЛП в рамках самолечения: – оптимизация фармацевтического консультирования детей на этапе приобретения ЛП и других ТАА, в том числе разработка алгоритма консультирования несовершеннолетних, включающего формирование контрольных вопросов для оценки понимания фармацевтической информации с учетом возрастных особенностей ребенка и фраз-клише для закрепления основных правил ЛБ в домашних условиях; – повышение фармацевтической грамотности несовершеннолетних в рамках образовательного процесса в общеобразовательных учреждениях с участием педагогических специалистов, в том числе, формирование образовательных материалов, направленных на предупреждение фармацевтических рисков у детей.

Выводы. Предложенные направления повышения фармацевтической грамотности детей направлены на предупреждение лекарственных рисков и сохранение здоровья детей в рамках самостоятельного применения ими ЛП и других ТАА. Анализ существующей ситуации актуализирует

необходимость дальнейшей разработки организационных технологий фармацевтического просвещения детей с участием фармацевтических специалистов и педагогов.

ПРИНЦИПЫ, ЭТАПЫ И ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Куянцева Л.В., Хан М.А., Калинина О.И.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

Проблема кардиореабилитации в педиатрии является одной из актуальных, учитывая, что смертность от врожденных аномалий сердца, сосудов и других болезней сердечно-сосудистой системы у детей в несколько раз превышает смертность от других видов патологических состояний. Принципами медицинской реабилитации детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы являются: индивидуализация лечебно-реабилитационных воздействий, раннее начало реабилитации, учет характера и степени тяжести основной и сопутствующей патологии ребенка, этапность, преемственность при проведении реабилитации, комплексное использование различных технологий медицинской реабилитации. В настоящее время обостран широкий спектр технологий медицинской реабилитации, применяемых на различных этапах медицинской реабилитации детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (стационар, реабилитационный центр, амбулаторно-поликлинический и санаторный этапы). Чрезвычайно актуальными являются вопросы медицинской реабилитации детей с врожденными пороками сердца после кардиохирургических операций. В 2018 году в г. Москве пролечено в стационарных условиях кардиохирургического профиля 517 детей. Ранние реабилитационные мероприятия начинаются в реанимационном, а затем продолжают в кардиохирургическом отделении стационара с целью профилактики и лечения ранних послеоперационных осложнений, улучшения функции дыхательной системы и психоэмоционального состояния детей, адаптации миокарда к условиям новой гемодинамики. Используют технологии физической реабилитации (лечебную гимнастику, массаж), физиотерапии (поляризованный свет, низкоинтенсивное лазерное излучение, ингаляционную терапию, ультрафиолетовое облучение). Целями кардиореабилитации на 2-м стационарном этапе являются нормализация центральной и периферической гемодинамики, улучшение оксигенации органов и тканей, улучшение функционального состояния кардиореспираторной системы. Индивидуальная программа медицинской реабилитации детей с ВПС включает продолжение медикаментозной терапии, начатой в стационаре, лечебное питание, аппаратную физиотерапию (фототерапия, сухие углекислые ванны, оздоровительные технологии), технологии физической реабилитации (дозированную физическую нагрузку, лечебную гимнастику, массаж, гидрокинезотерапию). Третий этап (амбулаторно-поликлинический, санаторный) кардиореабилитации является одним из ведущих и наиболее продолжительных этапов медицинской реабилитации. Главными задачами санаторного этапа являются адекватная физическая реабилитация, улучшение и тренировка функций сердечно-сосудистой системы, санация очагов хронической инфекции. Основу санаторного этапа медицинской реабилитации детей заболеваниями сердечно-сосудистой системы составляют немедикаментозные технологии: рациональный режим дня, диетическое питание, климатотерапия (азротерапия, талассотерапия, гелиотерапия), санация очагов инфекции, лечебная физкультура (занятия в залах ЛФК по комплексу, гидрокинезотерапия), дозированная ходьба, терренкур, массаж, аппаратная физиотерапия



(электролечение, светолечение, аэрозольтерапия, галотерапия, ароматерапия, фитотерапия), бальнеотерапия (йодобромные, углекислые, сухие углекислые кислородные ванны), технологии релаксации и эмоциональной поддержки пациентов и их родителей. Применение комплексной системы медицинской реабилитации позволит не только снизить детскую смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и повысить качество жизни пациентов, но и повлиять на профилактику заболеваемости в трудоспособных возрастах.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПАТРОНАЖЕЙ К НОВОРОЖДЕННЫМ НА ДОМУ В ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» ПРИ РАННЕЙ ВЫПИСКЕ ИЗ РОДИЛЬНОГО ДОМА

Лазарева С.И.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская поликлиника № 133 Департамента
здравоохранения Москвы», Москва*

Новый стандарт патронажей, проводимый участковой бригадой в соответствии с приказом Департамента здравоохранения г. Москвы № 948 от 27.12.2017 «Об утверждении методических рекомендаций по проведению патронажей детей первого месяца жизни на дому» направлен на повышение качества оказания медицинской помощи новорожденному ребенку во время проведения патронажей, в том числе при ранней выписке из родильного дома.

Цель работы. Повышение качества медицинской помощи участковой службой в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» при выполнении новых стандартов патронажей к здоровым новорожденным при ранней выписке. Материалы и методы. На основании новых методических рекомендации по проведению патронажей детей первого месяца жизни на дому в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» построены процессы управления качеством, с целью исключения ошибок при проведении последовательной оценки состояния ребенка врачом-педиатром и участковой медсестрой, а также раннего выявления групп риска развития заболеваний и по показаниям раннее проведение своевременных лечебно-профилактических мероприятий у новорожденных. Укладки участковой педиатрической бригады дополнительно оснащены транспортным билирубинометром и пульсоксиметром, что позволяет измерить уровень билирубина у новорожденных на дому и оценить риск развития патологии сердечно-сосудистой системы. Кроме того, систематическое проведение инструктажей медицинских работников, внедрение речевых модулей, алгоритма заполнения медицинской документации, тренинги и практические занятия по ситуационным кейсам проведения патронажей детей первого месяца жизни на дому, способствует росту профессиональных компетенций медицинского персонала. Алгоритм проведения патронажей внедрен в работу участковой службы в соответствии с методическими рекомендациями и разработанными в поликлинике СОПами. Для выполнения нового стандарта патронажей в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» дополнительно организован кабинет поддержки грудного вскармливания, где прием осуществляет врач педиатр, имеющий подготовку по курсу ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию», а также по вопросам питания здорового и больного ребенка. На патронажах участковая медсестра информирует родителей о «Кабинете поддержки грудного вскармливания», телефоне горячей линии специалиста по поддержке грудного вскармливания и о работе «Школы молодых родителей». Врач-педиатр оценивает правильность позы кормления, техники прикладывания к груди, проводит индивидуальные консультации кормящих грудью женщин по вопросам становления и поддержания успешной лактации в различные периоды грудного возраста ребенка. Также оказывает практическую помощь кормящим грудью матерям в решении трудностей, возникающих при

грудном вскармливании. Повышение качества медицинского обслуживания осуществляется за счет широкого использования современных информационных технологий, которые позволяют осуществлять динамическое наблюдение за новорожденным ребенком. В ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» накоплен опыт консультаций с применением телемедицинских технологий по динамическому наблюдению детей с недостаточной прибавкой в массе тела. Анализ применения данных консультаций показал положительное влияние на динамику состояния здоровья новорожденных по полученным результатам.

Выводы. Применение современных технологий и стандартизированного комплексного подхода при проведении патронажей детей первого месяца жизни повышает качество оказания медицинской помощи. Современный алгоритм выполнения патронажей предполагает применение стандартизированных чек-листов для педиатров и медсестер, обеспечивающих проверку ключевых показателей состояния здоровья новорожденных особенно при ранней выписке. Используемый в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» алгоритм динамического наблюдения детей при ранней выписке из роддома направлен на своевременное выявление группы риска, проведение качественного динамического мониторинга состояния новорожденных, позволяет предупредить риск возникновения патологических отклонений в состоянии здоровья, и своевременно применить лечебно-профилактические мероприятия, что является новым в организации оказания патронажной помощи новорожденным на дому на современном этапе.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПОДРОСТКА

**Лашко А.Ю., Шилина С.А., Анисеева Н.А., Федосеева Н.Ю.,
Майорова Н.А., Бутримова В.Н.**

*Рязанский государственный медицинский университет имени
акад. И.П. Павлова, Городская клиническая больница № 11, Рязань*

Цель исследования: изучить особенности течения инфекционного эндокардита у подростка на примере клинического случая.

Материалы и методы: анализ медицинской документации, данных объективного обследования, динамического наблюдения, лабораторных и инструментальных исследований. Клинический случай. Девочка, 14 лет. Наследственность неотягощена. Росла и развивалась по возрасту. Перенесенные заболевания – ОРВИ, ветряная оспа. Профилактические прививки по возрасту, последние два месяца не прививалась. Заболела остро. Отмечалась гипертермия до 39–39,5, рвота, головная боль, в течение 3 недель лечилась амбулаторно, затем была госпитализирована в детское инфекционное отделение в связи с отсутствием положительной динамики. Объективно: состояние тяжелое за счет интоксикации, общезлоевой симптоматики, менингеальных симптомов. При обследовании: ликвор – б/ц, р-я Панди +++ , р-ция Нонне-Апельта+, цитоз -294 кл/мкл (нейтр-94%, лимф-6%), ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ. Диагноз: Серозный менингит энтеровирусной этиологии. Лечение – инфузионная терапия, антибиотикотерапия (цефтриаксон, кефсипим, вильпрафен), иммунокорректирующая терапия (циклоферон, виферон), диуретики (диакарб), аспаркам. Лихорадка купировалась на 5 день стационарного лечения, появилась пятнисто-папулезная сыпь на стопах и ладонях, некоторые элементы с геморрагическим компонентом. ЭКГ – синусовая аритмия, снижение вольтажа, ЧСС 77-89-100 уд в мин. Осмотрена кардиологом – дующий систолический шум на верхушке, экстрасистолия (ЭС) (4–5 в мин). ЭХОКГ – створки митрального клапана (МК) утолщены, митральная регургитация 2–3 ст, камеры сердца не увеличены, фракция выброса (ФВ) – 67%. Поставлен диагноз: «Первичный инфекционный эндокардит митрального клапана». Произведена коррекция терапии: пентаглобин в/в, нимулид, вильпрафен, ванкомицин,

гентамицин, верошпирон. На фоне лечения сохранялась тахикардия и желудочковая ЭС. УЗИ брюшной полости без патологии. Контроль ЭХОКГ: МК – створки уплотнены, неравномерно утолщены, митральная регургитация 3 ст, ФВ 63%. Лоцируется эхопозитивная структура линейной формы, связанная с задней митральной створкой (ЗМС), пролабирующая в левое предсердие в систолу – отрыв хорды? Ребенок госпитализирован в НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева. УЗИ брюшной полости – признаки инфаркта селезенки. Проведена операция – многокомпонентная реконструкция митрального клапана. Послеоперационный период – без осложнений. ЭХОКГ на 5 день после операции – ФВ – 56,6%, МК – состояние после многокомпонентной пластики, створки тонкие и подвижные, регургитация 0–1 ст, жидкости в полости перикарда нет, в плевральной полости справа сепарация 0,3 см, слева нет. Выписана с диагнозом: «Первичный инфекционный эндокардит митрального клапана, подострое течение, неактивная стадия, порок митрального клапана – недостаточность 3 ст. Состояние после операции многокомпонентной реконструкции МК. Умеренная недостаточность МК 2–3. НК 2а ст. Инфаркт селезенки». Спустя два месяца повторно поступила в стационар с жалобами на кратковременные прокалывающие боли в сердце. ЭХОКГ – расширены левое предсердие (ЛП) и левый желудочек (ЛЖ), ФВ – 65%. МК – передняя митральная створка уплотнена, неравномерно утолщена, в проекции ЗМС эхопозитивная неподвижная структура, размерами 14x7,5 мм, сепарация створок в систолу, митральная регургитация 3–4 ст. Лечение – варфарин, бисопролол, верошпирон, эксхол, кефсепим, линезолид, гепарин. Контроль ЭХО КГ: ФВ – 75%, задняя стенка уплотнена, втянута в ЛЖ, нарушена кооптация створок, регургитация 3 ст вдоль межпредсердной перегородки. Консультирована в НЦССХ, рекомендовано наблюдение кардиолога, контроль ЭХОКГ, ЭКГ, продолжить лечение до 6 мес (варфарин, бисопролол, верошпирон). Выписана в удовлетворительном состоянии. Выводы. Диагностика инфекционного эндокардита у детей связана со значительными трудностями из-за длительного субклинического течения поражения эндокарда и выхода на первый план патологии других органов и систем. Педиатры и инфекционисты должны сохранять настороженность в отношении инфекционного эндокардита при длительном течении инфекционного процесса и шире назначать методы специфической диагностики кардиальной патологии.

ОБСТРУКТИВНЫЕ АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Лебедев В.В., Кожевникова О.В., Абашидзе Э.А., Газарян В.В.
*Федеральное государственное автономное учреждение
Национальный медицинский исследовательский центр «Здоровья
детей» Министерства здравоохранения РФ, Москва*

Введение. Несмотря на активно развивающиеся технические возможности, позволяющие оценить качество ночного сна у ребенка, сохраняется низкая информированность родителей и педиатров о необходимости и возможностях выявления его нарушений и способов их коррекции. Идея. Нарушение дыхания во время сна у детей может быть следствием ряда патогенных факторов, и задача лечащего врача вовремя распознать признаки данного состояния, объективно оценить тяжесть заболевания и назначить адекватную терапию.

Цель. На основании наработанного опыта продемонстрировать алгоритм диагностики дыхательных нарушений во сне при сложных (типичных) диагностических случаях.

Материалы и методы. В «НМИЦ Здоровья детей» МЗ РФ (г. Москва) в лаборатории сна были обследованы дети 3, 8 и 6 лет методом полисомнографии (ПСГ) для оценки дыхания во время сна с регистрацией энцефалограммы, окулограммы, миограммы, кардиограммы, движений грудной и брюшной стенки, дыхательного потока воздуха, пульсоксиметрии, с видеомониторированием на аппарате Embla7000 (США).

Результаты. Пациент М., 3 лет, с жалобами на выраженный храп и частые остановки дыхания во сне, суммарное время дневного и ночного сна составляло 16–17 часов, и вне сна он выглядел сонным, вялым. Анамнез: храп отмечался с 10 месяцев, с постепенным нарастанием, с 2 лет появилась деформация грудной клетки. С 3 лет отмечались апноэ, проведена аденотомия, после которой апноэ усилились. По месту жительства консультирован хирургом, ортопедом, педиатром, челюстно-лицевым хирургом, пульмонологом, назначена консервативная терапия с временным эффектом. По ПСГ в нашем центре выявлен синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) тяжелой степени: 1098 эпизодов апноэ/гипопноэ (141/час), снижение SpO₂ до 89%, нарушение структуры сна. Проведена слип-эндоскопия, с последующей эндоскопической реаденотомией, двусторонней тонзиллэктомией, увулотомией, с положительным эффектом. При повторной ПСГ через 2 месяца – сон нормализовался полностью. Пациент К., 8 лет, с диагнозом: атонически-астатический синдром, церебрастения, дисфункция синусового узла (синусовая аритмия, желудочковые экстрасистолы, эпизоды суправентрикулярной тахикардии), жалобы на нарушение дыхания во сне неясного генеза. На ПСГ выявлен СОАС тяжелой степени, зафиксировано 12 залпов ширококомплексной тахикардии с частотой 185–210 в мин., с максимальной продолжительностью до 102 секунд. Ребенок был консультирован кардиологом, скорректирована антиаритмическая терапия, назначена СИПАП-терапия, которую ребенок плохо переносил. Через год на фоне терапии отмечено улучшения ритма сердца, но сохраняются редкие короткие эпизоды суправентрикулярного и желудочкового ритма, короткие пробежки суправентрикулярной тахикардии. При проведении слип-эндоскопии выявлена аномалия мягкого неба, проведена увулопалатофарингопластика и двусторонняя тонзиллэктомия. После операции респираторная поддержка не требовалась, на ПСГ через 3 месяца после операции данных за СОАС нет, по ЭКГ-каналу единичные широкие комплексы QRS, в основном на фоне АВ-диссоциации. Пациент Г., 6 лет, с диагнозом: гипертрофия небных миндалин, экзогенное ожирение III степени, мышечная гипотония, в течение года – вынужденные дежурства родителей у постели ребенка для подбуживаний в связи с длительными остановками дыхания во сне. В анамнезе аденотомии в 2,5 года, 4 и 5,5 лет, дававшие кратковременное улучшение дыхания. Результат ПСГ – СОАС тяжелой степени, средняя SpO₂ – 79%, гипоксемия составила 88,5% от общего времени сна. На операции (двухсторонняя тонзиллэктомия), так же были удалены гипертрофированные тубарные валики путем лазерной абляции. Через 1 месяц признаков СОАС на ПСГ нет, средняя сатурация O₂, структура сна в норме.

Обсуждение. Все случаи были под наблюдением врачей, которые недооценивали состояние проходимости дыхательных путей ребенка, и вовремя не была оказана необходимая медицинская помощь. Оценивая состояние пациента, педиатры, ЛОР-врачи должны помнить о возможном нарушении дыхания у детей во сне. Наличие жалоб на храп, апноэ, хроническая патология ЛОР-органов с назальной обструкцией являются показанием для проведения полисомнографии. При неэффективности консервативной терапии необходимо решать вопрос об оперативном лечении с привлечением ЛОР-врачей, при необходимости – специалистов челюстно-лицевой хирургии, ортодонтот, применять СИПАП-, БИПАП-терапию.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ

Липатова Е.С., Бритикова Е.А.
*Самарский Государственный медицинский университет, Самарская
областная клиническая больница имени В.Д. Середякина, г. Самара*

Актуальность. Среди абсцессов спинного мозга и его оболочек наиболее часто у детей встречается интрамедуллярный абсцесс, нередко



возникающий после травматического повреждения позвоночника. Частота спинальных интрамедуллярных абсцессов составляет 0,2–1,2 случая на 10000.

Цель исследования: на примере клинического случая заболевания хронического интрамедуллярного абсцесса показать особенности клиники, диагностики и тактики ведения.

Материалы и методы исследования. Лонгитудинальное наблюдение за ребенком находящимся на лечении в многопрофильном стационаре с последующим ретроспективным анализом истории болезни.

Полученные результаты: Ребенок Д, заболел остро: летом 2017 г. легкая травма спины. С октября появились головная боль, нарушение походки, тазовые нарушения. Прооперирован в НМИЦ им. Н.Н. Бурденко по поводу интрамедуллярного абсцесса на уровне Th11-L1 с интраоперационным нейрофизиологическим мониторингом. Двигательные функции ребенка восстановились. Ухудшение состояния спустя 3 месяца, повторное удаление абсцесса. Вводились иммуноглобулины, длительно антибиотики, после отмены которых вновь ухудшение состояния. Повторное вскрытие и дренирование абсцесса. Посевы крови и содержимого абсцесса стерильны. В постоперационном периоде: в руках двигательных нарушений нет, положение вынужденное, нижние конечности согнуты, приведены, грубый симптом Ласега с двух сторон. В дистальных отделах ног плегия, в проксимальных парез 3 балла. Мышечная гипотония, гипорефлексия с ног. Начал контролировать функции тазовых органов и позже ходить. Вновь ухудшение уже в середине осени. Из анамнеза жизни: от I беременности на фоне анемии, миопии. Брак не близкородственный. Роды оперативные, срочные в 37 недель. Родился с весом 3310 гр. Привит по возрасту до трех лет. Реакция Манту и диаскинтест без особенностей. При проведении МРТ, кроме абсцесса, выявлена гидромиелия грудного отдела. На фоне приема иммуномодуляторов ребенок соматически окреп, подросток, умеренно набрал вес. Хорошее настроение, разговорчивый, несмотря на двигательные нарушения, активный. Черепно-мозговая иннервация не нарушена, в руках сила мышц, примерно 3 балла, тонус низкий, рефлекс коленные и ахилловы торпидны, подошвенные не вызываются. Функция тазовых органов нарушена по центральному типу. Самостоятельно сидит, не ходит. При госпитализации повторное вскрытие и дренирование хронического интрамедуллярного абсцесса. Выписан в удовлетворительном состоянии. В ОАК умеренный лейкоцитоз и сдвиг формулы влево, СОЭ до 17 мм в час. Посев содержимого абсцесса на флору – роста нет. Иммунограмм: Ig A-1,2 мг/мл, IgM-3,54 мг/мл, IgG-13,1 мг/мл. Титр комплем. по 50% гемолизу 50, ЦИК – 0,042, БАСК – 93, фагоцитарное число – 4, фагоцитоз – 40, фагоцитарный индекс – 2, процент фагоцитировавших клеток – 82%, НСТ-тест 16%. CD3 – 2520 (рефер. знач – 1800–3000), Т+В+NK-82 (рефер. знач – 95–105), CD4/CD8 – 0,74 (рефер. знач – 1,0–1,6), total В лим. – 248, CD4/CD8 – 1777, Helper Lumf. (CD4+) – 1322 (рефер. знач – 1000–1800), T lumf. (CD3+) – 496, total NK – 620. Анализ на ВИЧ, сифилис, HBsAg, HCV – отрицательный. Биохимический анализ крови: общий белок – 62,3 г/л; мочевины – 7,1 ммоль/л; креатинин – 47,4 мкмоль/л; билирубин общий – 5,0 мкмоль/л; АЛТ – 15,7 U/L; АСТ – 43,4 U/L; калий – 4,5 ммоль/л, кальций – 2,48 ммоль/л, хлор – 103,0 ммоль/л, натрий – 139,0 ммоль/л. МРТ грудного отдела позвоночника и спинного мозга: картина жидкостного объемного образования (хронического интрамедуллярного абсцесса) на уровне D 10-L1 позвонков. Клинический диагноз: Хронический рецидивирующий интрамедуллярный абсцесс D11-L1, состояние после повторного вскрытия, дренирования абсцесса. Вялый нижний парапарез. Вторичный обструктивный пиелонефрит, ФПС. Белково-энергетическая недостаточность, I степени. Неуточненное иммунодефицитное состояние. Первичный иммунодефицит? Ребенок консультирован в НМИЦ им. Рогачева, по представленным медицинским документам и проведенным иммунологическим обследованиям данных за первичное иммунодефицитное состояние недостаточно. В настоящее время состояние и самочувствие ребенка удовлетворительные. Полностью

восстановились функции тазовых органов, увеличилась двигательная активность, стал самостоятельно стоять и ходить с поддержкой.

ОПТИМИЗАЦИЯ САНАТОРНОГО ЭТАПА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Лян Н.А., Уянаева А.И., Филатова Т.А., Калиновская И.И.

*Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Московский научно-практический центр медицинской
реабилитации, восстановительной и спортивной медицины
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва*

Бронхиальная астма (БА) у детей является одной из актуальных проблем педиатрии. Высокая распространенность заболевания, влияние на физическое развитие, качество жизни больных, определяют необходимость оказания высокотехнологичной реабилитационной помощи таким детям. Одним из этапов медицинской реабилитации (МР) детей с БА является санаторно-курортное лечение, которое способствует ликвидации остаточных клинических проявлений обострения заболевания, достижению устойчивой ремиссии, профилактике осложнений, оздоровлению и повышению защитных сил организма. Несмотря на успехи фармакотерапии БА, далеко не во всех случаях удается добиться полного контроля заболевания, что диктует необходимость разработки персонализированного подхода к МР детей с БА, способствующего существенно повысить уровень контроля над заболеванием и стимулировать приверженность к лечению. В последние годы сложилась устойчивая тенденция к повышению частоты и экстремальности негативно влияющих на человека погодных-климатических факторов, что приводит к росту заболеваемости, погодообусловленных обострений. Частота повышенной метеочувствительности у детей с БА по различным данным составляет до 80%. По современным представлениям, неблагоприятные погодные условия могут вызывать развитие метеопатических реакций, которые у детей с БА могут протекать с усилением симптомов заболевания и вентиляционными нарушениями, а также снижать эффективность лечебных мероприятий. Среди природных лечебных факторов, используемых на санаторном этапе, важное место принадлежит биоклиматическим ресурсам. Включение методов климатотерапии в индивидуальные программы МР детей с БА способствуют коррекции и профилактике погодообусловленных обострений и повышенной метеочувствительности. Климатопроцедуры (солнечные и воздушные ванны), назначаемые в адекватных дозировках с учетом термического и радиационного режима способствуют уменьшению метеопатических реакций, изменению структуры и тяжести их проявления. С целью оптимизации медицинской реабилитации детей с БА целесообразно включение в комплексное санаторное лечение инновационных немедикаментозных технологий. Отмечено улучшение бронхиальной проводимости и повышение уровня общей физической работоспособности под влиянием импульсного низкочастотного электростатического поля (ИНЭСП). Выявлено благоприятное влияние поляризованного света на клиническое течение заболевания. Данные о противоотечном, спазмолитическом действии видимого света зеленого спектра, благоприятном влиянии на вегетативную регуляцию, психоэмоциональный статус детей явились основанием для применения селективной хромотерапии (монохроматический поляризованный свет зеленого диапазона) в МР детей с БА. При сочетании БА с кожными проявлениями аллергии эффективно воздействие низкочастотного переменного магнитного поля на воротниковую зону и межлопаточную область, что оказывает мягкий седативный, репаративно-трофический и противозудный эффект. С целью повышения эффективности лечения применяют сочетанные технологии. Достоверно более выраженная положительная динамика получена при комплексном применении галотерапии и ИНЭСП у детей

с БА в условиях санатория, что связано с потенцированием положительных эффектов двух указанных физических факторов (муколитического, регидратирующего, бронходрирующего, глубокого вибрационного массажа). Для улучшения пассажа мокроты по бронхам, функциональных и объемных показателей легких, уменьшения гиперинфляции у детей с БА широко применяются методы физического воздействия. Одним из важных элементов МР таких пациентов является кинезотерапия, основной целью которой при БА является очищение бронхального дерева от вязкой мокроты, снижение повышенного тонуса дыхательной мускулатуры, особенно диафрагмы и межреберных мышц. С этой целью применяются высокочастотная осцилляция грудной клетки, флаттер-терапия. Более выраженное мукорегулирующее и дренирующее действие отказывает сочетанное применение флаттер-терапии и галоингаляционной терапии. Включение высокоэффективных немедикаментозных технологий в комплексное санаторное лечение детей с БА позволяет оптимизировать сроки лечения в санаторно-курортных организациях в климатической зоне проживания пациента и на курорте.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Малеева Н.П., Кацова Г.Б., Дмитриева М.К., Попова Л.В.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург

Функциональные нарушения пищеварительной системы у детей во всем мире превалируют над органической патологией. В связи с чем объясним повышенный интерес гастроэнтерологов к этой проблеме. Цель работы: установить распространенность функциональной диспепсии, особенности ее клинических вариантов у детей от 4 до 12 лет. Задачи: проанализировать зависимость функциональных диспепсий от возраста и пола детей.

Материалы и методы: было обследовано 237 детей, из них 109 мальчиков и 128 девочек, с жалобами на боли в верхних отделах живота, тошноту, изжогу, посетивших амбулаторный прием гастроэнтеролога в детской поликлинике. Длительность заболевания составила в среднем 6 месяцев. Всем больным проводилось УЗИ живота, ФГДС, расширенная копрограмма, посевы кала, кал на дисбиоз, нагрузочные пробы с лактозой (15% детей).

Результаты. Установлено, что у 112 (47%) детей, из них 74 (66%) девочки и 38 (34%) мальчиков, предъявляли жалобы на боли в верхних отделах живота, не связанные с приемом пищи, чувство тошноты, дискомфорта, жжения в эпигастрии, было выявлено нарушение моторики верхних отделов пищеварительного тракта без воспалительных изменений, что укладывается в вариант функциональных эпигастральных болей. 99 (42%) детей (31 (31%) девочка и 68 (69) мальчиков) предъявили жалобы на боли в верхних отделах живота, связанные с приемом пищи, ночные боли. При проведении обследования не было выявлено воспалительных изменений пищевода и желудка, обнаружены нарушения моторики верхних отделов ЖКТ. Эти изменения соответствуют постпрандиальному дистресс синдрому 26 (11%) человек (23 (88%) девочки и 3 (12%) мальчика) жаловались на изжогу и чувство тошноты, особенно в утренние часы. При обследовании выявлен дуодено-гастральный рефлюкс без органических изменений пищеварительного тракта, что соответствует смешанному варианту функциональной диспепсии.

Заключение. Среди детей с функциональной диспепсией преобладают больные с синдромом функциональной эпигастральной боли (47%). Варианты постпрандиальной и смешанной диспепсии встречались реже. Девочки чаще страдали синдромом эпигастральных болей, а мальчики постпрандиальным дистресс синдромом.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У СТАРШИХ И ГЛАВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПЕДИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ

Малеева Н.П., Павленко Т.Н., Кацова Г.Б., Дмитриева М.К.
Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

Существует ряд профессий, в которых профессионал испытывает чувство эмоциональной опустошенности вследствие необходимости постоянных контактов с коллегами и больными людьми. К таким профессиям относятся медицинская сестра, так как эмоциональность заложена в самой природе труда медицинских сестер. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) рассматривается как результат неблагоприятного разрешения стресса на рабочем месте.

Цель: определить наличие СЭВ у медицинских сестер-организаторов. Материалы и методы: проанкетировано 36 медицинских сестер по опроснику К. Маслач, С. Джексон и В.В. Бойко. По возрасту респондентки распределились на 3 группы: 1) от 30 до 40 лет 2) от 40 до 50 лет 3) от 50 лет и старше.

Результаты исследования: высокий уровень СЭВ был отмечен в 1 и 3 группе медицинских сестер. Социальный анализ 1 группы свидетельствует о том, что это были медсестры семейные (100%), с детьми от 2 до 15 лет, на Д учете по различным заболеваниям состояло всего 6%, 72% периодически пользовались больничным листом по уходу за детьми. Таким образом, в этой группе медсестры-организаторы не могли максимально отдаваться работе в силу большой загруженности вне работы. В третьей возрастной группе находились медсестры со стажем работы от 20 до 30 лет в должности организатора сестринского дела. Социальный анамнез свидетельствует, что 48% были вдовами, большинству (72%) приходилось ухаживать за больными и престарелыми родителями, 78% брать на себя заботу о малолетних внуках. На Д учете состояло 78% медицинских сестер. Для второй возрастной группы была характерна фаза формирующегося СЭВ (72%) и его отсутствие у 28% респондентов. Социальный анамнез свидетельствует, что эта стадия в работе, когда медицинские сестры приобрели опыт, знания, не обременены детьми до 15 лет (78%), не страдают хроническими заболеваниями (72%), имеют опыт социального, уравновешенного и одновременно требовательного общения с медицинскими сестрами различного профиля и уровня (100%). Таким образом уровень СЭВ медсестер-организаторов находится в прямой зависимости от возраста, стажа работы в профессии и особенностей социального анамнеза.

ДЕТИ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ НЕЙРОТРАВМОЙ: ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА РАННЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Мартышевская Д.М.
Институт Коррекционной Педагогике, Москва

Актуальность. В настоящее время детям, перенесшим тяжелую черепно-мозговую травму (ТЧМТ), оказывается помощь мультидисциплинарной командой специалистов в условиях реабилитации. Тяжелые последствия травмы у детей в раннем возрасте ограничивают возможности взаимодействия с ближним окружением, что требует в комплексной реабилитации коррекционной помощи со стороны дефектолога. На базе НИИ НДХ и Т (г. Москва, 2019–2020 гг.) было проведено экспериментальное исследование, направленное на изучение у детей возможностей в социальном взаимодействии с близкими взрослыми и на этой основе – разработку содержания коррекционно-педагогической работы на раннем этапе реабилитации в стационаре. При



проведении исследования был выполнен ряд задач: выделены критерии элементарных средств социального взаимодействия в период восстановления ребенка после ТЧМТ; описаны социально-коммуникативные проявления взаимодействия детей с близкими взрослыми; разработано содержание коррекционно-педагогической работы по восстановлению у детей изучаемой категории средств социального взаимодействия со взрослым.

Материал/Методы: 20 детей в возрасте от 0, 8 месяцев до 2,11 месяцев с диагнозом ТЧМТ, находившихся на реабилитации в стационаре. Методы: наблюдение, диагностическое обучение, педагогическое обследование, анализ результатов исследования. 1. Результаты: в качестве критериев проявления средств взаимодействия выделены: непроизвольное/произвольное двигательное реагирование на тактильное и сенсорное воздействие взрослого; наличие/отсутствие фиксации взора в ответ на зрительные/слуховые стимулы, короткий/длинный перевод взора вслед за игрушкой; наличие/отсутствие эмоций в ответ на обращенную к ребенку речь взрослого; наличие/отсутствие мимики в ответ на обращенную к ребенку речь взрослого; наличие/отсутствие жестов в ответ на обращенную к ребенку речь взрослого; наличие/отсутствие вокализаций в ответ на обращенную к ребенку речь взрослого; протягивание руки к игрушке/отталкивание игрушки рукой [1]. В результате обследования все дети условно были разделены на две группы. 1 группа (32%): дети произвольно реагировали в ответ на тактильное и сенсорное воздействие взрослого; кратковременно фиксировали взгляд на лице взрослого и на игрушке; пытались захватывать предмет и касаться его рукой; проявляли негативные эмоциональные и мимические проявления в ответ на обращенную к ним речь взрослого. 2 группа (68%): проявляли непроизвольное двигательное реагирование на тактильное и сенсорное воздействие взрослого; не фиксировали взгляд на лице взрослого, не прослеживали; реагировали на звуковые стимулы криком и двигательным возбуждением; у них отсутствовали эмоциональные, мимические, жестовые, проявления и вокализации в ответ на обращенную к ним речь взрослого. Полученные результаты послужили основанием для разработки содержания педагогической Программы. В Программу были включены серии целенаправленных упражнений по четырем направлениям: восстановление фиксации и прослеживания взором в ответ на зрительные и слуховые стимулы; восстановление понимания невербальных и вербальных средств взаимодействия; активизация ответных сенсомоторных возможностей на тактильные и сенсорные стимулы; активизация голосовых (речевых) возможностей в предметно-игровой ситуации. В ходе эксперимента было проведено от 10 до 15 занятий с детьми. После проведения серии занятий, у всех детей была отмечена динамика в психической активности, а именно, в социально-коммуникативном взаимодействии. У 1 группы – появились вокализации и активная речь в знакомой ситуации, отмечались движения рук к игрушке и манипуляции с предметом в процессе взаимодействия. У 2 группы – увеличилось двигательное реагирование в ответ на обращение по имени, появился интерес к новым игрушкам, прием пищи с помощью взрослого в виде совместных действий. Педагогическая работа по восстановлению элементарных средств взаимодействия положительно влияет на динамику восстановления ребенка с ТЧМТ; основана на учете онтогенетически ранних форм общения матери и ребенка; требует участия и включенности близких взрослых в процесс восстановления. 1. Способ восстановления двигательной активности и познавательной деятельности детей на ранней стадии реабилитации тяжелой черепно-мозговой травмы: пат. 2009125592 Рос. Федерация / Т. А. Кузьмина, А. В. Зацепина, М. В. Браткова; заявитель и патентообладатель НИИ НДХИТ ДЗ г. Москвы. – Заявл. 06.07.2009; опубл. 20.01.2011, Бюл. N 2. – 12 с.

ОРФАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В ФОКУСЕ ПЕДИАТРА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗА 1 ТИПА

Мойсеюк О.В., Якубовский Г.И., Гудков Р.А., Дармограй Д.А., Староческуль Е.И., Федина Н.В.

Рязанский государственный медицинский университет, Областная детская клиническая больница имени Н.В. Дмитриевой, Рязань

Мукополисахаридозы (МПС) – группа орфанных, генетически обусловленных заболеваний обмена веществ, связанных с нарушением катаболизма гликозаминогликанов (ГАГ) вследствие их накопления в тканях, вследствие чего возникает системные проявления практически во всех органах и тканях, с нарушением их функции. В настоящее время выделяют 7 типов МПС с различными подтипами, в основе каждого из которых дефицит того или иного фермента вследствие мутации гена, ответственного за активность этого фермента. Для большинства типов МПС свойственны характерные фенотипические и клинические проявления: грубые черты лица (гаргоилизм), задержка роста, нарушения носового дыхания, паховые грыжи, костные деформации, тугоподвижность суставов. Часты когнитивные и респираторные нарушения. Ферментозаместительная терапия разработана только для 4 типов (I, II, IV и VI). Синдром Гурлера (I тип) встречается с частотой 1 на 75000–80000, наследуется по аутосомно-рецессивному типу. В Рязанской области за 20 лет наблюдалось шестеро детей с различными типами МПС (данный пациент – 6). Из них в настоящее время живы трое (1 ребенок с III типом и 2 ребенка с I типом).

Материалы и методы: Представлен клинический случай МПС 1 типа, выявленный в Рязани в 2019 году. Пациент М., 3 года 3 месяца, родился в срок, вес 3950 грамм, рост – 55 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Мальчик второй ребенок в семье, у старшего брата диагностирован мастоцитоз. На 1 году жизни отмечалась задержка моторного развития (сидит с 9 месяцев, ходит с 1,5 лет), начали проявляться характерные фенотипические признаки (большой лоб, крупные черты лица, большой язык). С 1,5 лет появилась тугоподвижность лучезапястных и голеностопных суставов, пупочная грыжа, шумное и затрудненное носовое дыхание. Мальчик наблюдался специалистами с различными диагнозами: гидроцефалия, рецидивирующий отит, тугоухость, дистрофия роговицы, задержка психомоторного развития. В возрасте 3 лет впервые заподозрен мукополисахаридоз после осмотра одним из «узких» специалистов и ребенок был направлен к генетику. В июне 2019 года обследован в ФГАУ «НМИЦЗД» МЗ России: молекулярно-генетическая диагностика – в экзоне гена IDUA выявлен патогенный вариант нуклеотидной последовательности – с.208С>Т(Gln70Term). Содержание ГАГ повышено до 460 мг/л. Уровень идуранидазы снижен. Заключительный диагноз: Мукополисахаридоз I типа (синдром Гурлера), ребенку назначена заместительная ферментотерапия препаратом «Альдуразим». В данный момент у пациента имеет место задержка роста (больше 2 SD), характерные фенотипические признаки, изменения со стороны неврологического статуса (эмоциональная ограниченность, быстрое истощение, отсутствие активной речи), гепатоспленомегалия, «когтистая лапа», нарушение походки. Ребенок готовится к проведению трансплантации стволовыми клетками и получает энзимотерапию.

Выводы: несмотря редкость заболевания, врачу любой специальности важно помнить о МПС и обладать настороженностью в отношении детей с рецидивирующими отитами, грыжами и респираторными нарушениями. Заподозрить этот диагноз не сложно, настолько дети имеют специфические фенотипические проявления. Поздняя диагностика уменьшает эффективность заместительной ферментотерапии и трансплантации костного мозга, которую желательно провести как можно раньше.

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Мороз Е.А., Башлакова А.Н., Вязова Л.И., Шенец С.Г.
Белорусский государственный медицинский университет, Минска

Узловатая эритема (УЭ) – erythema nodosum – септальный панникулит, протекающий преимущественно без васкулита, обусловленный неспецифическим иммуновоспалительным процессом, который развивается под влиянием разнообразных факторов (инфекций, медикаментов, ревматологических и др. заболеваний [1]. Согласно литературным данным, наиболее частой причиной развития УЭ у детей являются стрептококковые инфекции верхних дыхательных путей, с которыми ассоциировано начало заболевания у 28–44% больных [2,3].

Цель исследования: проанализировать особенности течения узловатой эритемы у пациентов детского инфекционного стационара. Задачи: 1. Оценить взаимосвязь узловатой эритемы с выявленными при данной патологии инфекциями. 2. Выявить особенности клинических и лабораторных данных у этих пациентов. Метод исследования: ретроспективный анализ карт стационарного больного тридцати шести пациентов с диагнозом «узловатая эритема», находившихся на лечении в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска за период 2016–2019 гг.

Результаты. За указанный период на стационарном лечении находились 36 пациентов с диагнозом узловатая эритема в возрасте 0–16 лет (средний возраст составил 6,4 лет), из них 20 девочек и 16 мальчиков (55,6% и 44,4% соответственно), что соответствует литературным данным о том, что до пубертатного периода гендерное распределение больных примерно одинаково [1]. Более трети больных было госпитализировано в летнее время – 13 случаев (36,1%), на долю зимы пришлось 6 случаев (16,7%), весны – 7 случаев (19,4%), осени – 10 случаев (27,8%). При направлении на госпитализацию диагноз «узловатая эритема» был выставлен только в 4 случаях (11,1%). Большинство пациентов поступило с диагнозом «острая респираторная инфекция» – 20 человек (55,6%). С диагнозами «экзантема неясной этиологии» поступило 5 пациентов (13,9%), «рожистое воспаление» – 4 пациента (11,1%), «аллергическая реакция» и «тонзиллит» – по 2 пациента (по 5,5%). Самостоятельно в стационар обратились 9 пациентов (25%). У 20 из 36 наблюдаемых пациентов (55,6%) имелись заболевания верхних дыхательных путей: острый фарингит встречался в 18 случаях (50%), острый ринит – в 11 случаях (30,6%), острый трахеит был диагностирован у 3 пациентов (8,3%), острый тонзиллит – у 2 пациентов (5,6%), по одному случаю составили острый тубоотит и ларингит (по 2,8%). Острые кишечные инфекции (ОКИ) и носительство возбудителей ОКИ обнаружены у 23 пациентов (63,8%): сальмонеллезный энтерит у 7 детей (19,4%), аденовирусная кишечная инфекция у 3 пациентов (8,3%), по 1 случаю составили энтеровирусная инфекция и инфекционный энтерит неустановленной этиологии (по 2,8%). Выявлено носительство сальмонеллы у 5 детей (13,9%); по 2 случая носительства энтеровируса и ротавируса (по 5,6%); по одному случаю носительства шигеллы и норовируса (по 2,8%). Методом ПЦР у пациентов были выделены следующие вирусы: (биоматериал – кал): энтеровирус и аденовирус – по 3 случая (по 8,3%), ротавирус – 2 случая (5,6%), норовирус – 1 случай (2,8%); герпес вирусы (биоматериал – кровь): вирус Эпштейна-Барра и цитомегаловирус – по 1 случаю (по 2,8%). При бактериологическом обследовании на патогенную кишечную флору (ПКФ) у трети пациентов (12 детей) выявлена *Salmonella enteritidis*, у 5 из них это было расценено как носительство. У 1 пациента (2,77%) выявлена *Shigella spp.* Уровень антистрептолизина О (АСЛО) определялся у 32 пациентов, из них у 18 детей показатель составил до 150 МЕ/мл, у 14 детей – более 150 МЕ/мл (56,3% и 43,8% соответственно). Абсолютное большинство пациентов с узловатой эритемой нуждалось в антибактериальной терапии. Только четверти па-

циентов потребовалось назначение системных глюкокортикостероидов. Выводы: 1. Узловатая эритема встречается одинаково часто у девочек и у мальчиков. 2. Отмечается сезонность заболевания: узловатая эритема чаще проявляется в летнее время. 3. У пациентов инфекционного стационара узловатая эритема развивается преимущественно на фоне острых кишечных инфекций. 4. Среди бактериальных инфекций доминирует сальмонеллезная и стрептококковая инфекция.

1. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных с узловатой эритемой. М.: 2016. – 24 с. 2. Cribier B., Caille A., Heid E., Grosshans E. Erythema nodosum and associated diseases. A study of 129 cases. *Int J Dermatol* 1998;37:667–672. 3. Schwartz R.A., Nervi S.J. Erythema nodosum: a sign of systemic disease. *Am Fam Physician* 2007;75:695–700.

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ РИТМА СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Мороз Е.А., Башлакова А.Н., Вязова Л.И., Шенец С.Г.
Белорусский государственный медицинский университет, Минска

Согласно международному стандарту [1], к I классу показаний к проведению холтеровского мониторирования (ХМ) относят состояния с очевидно необходимым ХМ. Применение ХМ при состояниях II класса может вызывать расхождение мнения специалистов в оправданности исследования: для IIA класса пациентов обследование более предпочтительно, для IIB класса вопрос о необходимости применения ХМ решается в индивидуальном порядке. При III классе показаний применение ХМ может быть оправданно в комплексе обследования конкретного пациента.

Целью нашего исследования стал анализ характера нарушений ритма сердца (НРС) у пациентов детского инфекционного стационара, выявленных при проведении ХМ.

Задачи: 1. Проанализировать особенности показаний к проведению ХМ в условиях детского инфекционного стационара. 2. Изучить характер НРС в зависимости от возраста пациентов, характера переносимой патологии.

Материалы и методы. Изучена 91 карта стационарных больных, поступивших в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска в период с 10.2017 по 10.2018 года, а также протоколы ХМ, проведенного этим пациентам во время их пребывания в стационаре. Возраст пациентов составил от 1 года до 17 лет.

Результаты. Одним из наиболее частых НРС, обнаруженных при ХМ, явилась экстрасистолия (ЭС), выявленная у 22 пациентов. Желудочковая ЭС определялась в 6 случаях, наджелудочковая – в 16 случаях. Сочетание с блокадами имело у половины пациентов с желудочковой ЭС, у 6 с наджелудочковой. Атриовентрикулярная (АВ) блокада, в том числе и преходящая, наблюдалась у 23 пациентов (25%). У 2 детей (1 и 3 года) имела полная АВ блокада. АВ блокада 2 ст. встречалась значительно чаще: у 8 пациентов отмечалась АВ блокада 2 ст. 1 типа, у 4 – 2 типа. Эпизоды СА блокады отмечались у 34% обследованных детей. ХМ было проведено у 3 детей с воспалительными заболеваниями миокарда. При ревматическом миокардите была выявлена синусовая тахикардия, а также преходящая АВ блокада 1 ст., что типично для данного заболевания. Нарушения ритма у 2 пациентов при вирусных миокардитах имели разнонаправленный характер и проявились выраженной синусовой брадикардией и частой суправентрикулярной тахикардией (СВТ) с эпизодами квадригимении и удлинением интервала QT. Множественные ВПР, включающие ВПС, имели 3 пациента. В этой группе больных во всех случаях наблюдалось нарушение проводимости, в 2 случаях преходящая АВ блокаду 1 ст., в 1 случае – эпизоды СА блокады 2 ст. У 2 пациентов была выявлена наджелудочковая ЭС. Сочетание



НРС и малых аномалий строения сердца (МАСС) было выявлено в 45 случаях, т.е. у половины пациентов. Чаще всего встречалась аномально расположенная хорда (26 случаев), открытое овальное окно (18 случаев). ПМК 1 ст. имелся у 6 пациентов. Наиболее частыми НРС при МАСС явилась наджелудочковая ЭС (75%), проведения – СА блокада (33%). Эпизод СВТ был выявлен только у 1 пациента, имевшего МАСС, желудочковой – у двоих. В анамнезе пароксизм СВТ имели 2 ребенка. Дети до 3 лет составили 19 пациентов (20,9%). Именно в этой группе были выявлены такие тяжелые НРС, как синдром удлиненного интервала QT, полная АВ блокада, СССУ. При проведении стандартной ЭКГ чаще всего выявлялась ЭС – 22 случая. Синусовая тахикардия, миграция водителя ритма и эктопические ритмы, СА блокада составили по 15 случаев соответственно. ЭКГ в пределах возрастной нормы была у 10 пациентов. Таким образом, показания для проведения ХМ 1 класса составили 6,6% случаев, IIА класса – 18,7%, IIВ класса 29,7% соответственно.

Выводы: 1. По результатам исследования IIВ класс показаний явился основным для проведения ХМ в условиях ГДИКБ. 2. Пациенты, имеющие показания к проведению ХМ I и IIА класса имеют наиболее серьезные фоновые заболевания, при которых инфекционная патология может привести к утяжелению НРС. 3. Основным изменением на ЭКГ, послужившим основанием для проведения ХМ, явилась ЭС. 4. 9% детей с НРС, выявленным по результатам ХМ, имели ЭКГ в пределах возрастной нормы. 5. Более половины пациентов с НРС имели МАСС. 6. Тяжелые НРС у детей до 3 лет встречаются относительно чаще, чем в других возрастных группах.

Литература 1. Crawford MH, Bernstein SJ, Deedwania PC, DiMarco JP, Ferrick KJ, Garson A Jr, Green LA, Greene HL, Silka MJ, Stone PH, Tracy CM. ACC/AHA guidelines for ambulatory electrocardiography: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the Guidelines for Ambulatory Electrocardiography). J Am Coll Cardiol 1999; 34: 912-48.

ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ И ГИПЕРИНФОРМАЦИОННОЕ ПРОСТРАНСТВО

Милушкина О.Ю., Маркелова С.В., Скоблина Н.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава РФ», Москва

Сохранение здоровья современной молодежи – одна из важнейших государственных задач. По данным официальной статистики, среди детского населения в возрасте 15–17 лет, отмечается рост заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата, болезнями уха и сосцевидного отростка, болезнями органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, остро стоит проблема ожирения [1]. Одной из основных причин данного неблагополучия может являться несформированность приверженности здоровому образу жизни среди населения, низкая настороженность в отношении воздействующих неблагоприятных факторов. В настоящее время интенсивно развиваются информационно-коммуникационные технологии (ИКТ), воздействие которых на организм человека изучено еще не в полной мере.

Целью исследования явилось изучение влияния электронных устройств (ЭУ) на состояние здоровья современной молодежи. В ходе работы были сформулированы и решены задачи по изучению осведомленности молодежи о правилах безопасного использования различных видов ЭУ, проведена оценка их субъективного восприятия проблем, связанных с неконтролируемым использованием ЭУ, выявлены причинно-следственные связи между нарушением состояния здоровья и видом используемого ЭУ.

В исследовании приняло участие более 800 учащихся высших учебных заведений из более чем 5 городов России. Респонденты относились к возрастной группе 20 лет, являлись активными пользователями ИКТ. Исследования проводились с соблюдением этических принципов. Анкетирование учащейся молодежи проводилось с применением Google-forms. Относительный риск нарушения состояния здоровья определялся с использованием четырехпольных таблиц сопряженности. Полученные результаты свидетельствуют, что только 24,2% опрошенных могут не использовать ЭУ более трех дней. Не могут провести без ЭУ ни одного дня 34,0% респондентов. Допускают отсутствие ЭУ в течение 1 дня – 25,8% опрошенных, в течение двух дней – 10,9%, трех дней – 5,1% соответственно. Студенты отмечают, что могут прервать свою работу с ЭУ для выполнения других видов деятельности только в 85,9% случаев. Каждые 30–40 минут делают перерывы в работе 22,7% респондентов, каждый час – 25,8%, более двух часов работают с ЭУ 13,3%. Выбирая рабочую позу пользователя ЭУ, 21,9% анкетированных предпочли положение «лежа», 34,8% – «сидя в кресле/на кровати», 43,4% ответили, что будут работать за рабочим столом. Почти 95% респондентов отметили регулярное использование ЭУ в транспорте. При этом основная доля опрошенных оценила риск для здоровья от использования ЭУ в транспорте на уровне среднего. Оценивая риск для здоровья дефицита двигательной активности, студенты указывали на уровень выше среднего и высокий. При этом 54,6% студентов отметили, что не занимаются спортом или другими видами двигательной активности. При работе с ЭУ не нуждаются в коррекции зрения только 43,8% студентов. Более четверти нуждаются в коррекции зрения, но очками не пользуются. Почти 26% используют обычные очки, только 3,4% опрошенных используют очки, специально подобранные для работы с ЭУ. Недостаточная освещенность рабочего места пользователя не помешает работе 41,0% опрошенных, около 10,0% примут решение в зависимости от продолжительности работы, на решение 37,9% студентов повлияет важность выполняемой работы и только 10,5% предпочтут воздержаться от работы до возвращения в хорошо освещенное место. Возникновение жалоб на шум и заложенность в ушах после использования плеера с наушниками отметили 13,5% опрошенных. На сон в наушниках указало 50,2% респондентов, 9,6% отмечают частое засыпание в наушниках. В течение последнего года на ухудшение слуха указало 13,8%, зрения – 48,8% опрошенных студентов. Расчеты, выполненные с использованием методики оценки риска, подтвердили риск возникновения функциональных нарушений и заболеваний опорно-двигательного аппарата (RR 1,20–1,48) у пользователей компьютером, ноутбуком и планшетом, а также функциональных нарушений и заболеваний органа слуха от частоты использования ЭУ с наушниками (RR 2,41). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований в этом направлении и актуальности проведения профилактических мероприятий среди населения.

Литература: 1. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб./Росстат. - М., 2017. - 170 с. С.73.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЗАТРУДНЕННОГО НОСОВОГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Молчанова Е.Б., Юнусов А.С.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-Клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России», Москва

В настоящее время большинство педиатров, оториноларингологов на амбулаторном этапе долгое время проводят лечение часто болеющих детей консервативными методами. Очень часто эти методы оказываются малоэффективными или безрезультатными.

Цель – оптимизация лечения затрудненного носового дыхания у детей. Материалы и методы: проведено обследование и лечение 250 детей в возрасте от 2 до 18 лет с затруднением носового дыхания. Выполнен клинический осмотр, эндоскопическое исследование, компьютерная томография пазух носа и носоглотки, или рентгенограмма носоглотки, аудиологическое исследование.

Результаты исследований. В анамнезе больных длительное затруднение носового дыхания от 3 месяцев до нескольких лет. Частое применение деконгестантов, антибактериальных препаратов, глюкокортикостероидов местного применения, гомеопатической терапии, средств растительного происхождения, элиминационной терапии, физиолечения. Основные жалобы на постоянное затруднение носового дыхания, частые респираторные заболевания. У 66% снижение слуха. 21,6% – головные боли. При клиническом осмотре выявлено: 54% больных с искривлением перегородки носа с нарушением функций носа, 59,2% больных аденоидные вегетации 2-3 и 3 степени, 46% – вазомоторный ринит, 10,4% – хронический гайморит, 1,6% – новообразование полости носа и околоносовых пазух. Всем больным выполнено оперативное лечение. Выводы: длительное консервативное лечение затрудненного носового дыхания, выжидательная тактика, отсутствие должного обследования ребенка с нарушением носового дыхания приводят к тяжелым последствиям для развивающегося организма. В результате отсутствия правильного носового дыхания нарушается работа всех систем и органов. Показанием к оперативному лечению в первую очередь является нарушение функции дыхания. Возрастной критерий в условиях развития современной медицины решающего значения не имеет.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕМОРБИДНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Милушкина О.Ю., Маркелова С.В., Скоблина Н.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Термин «дистанционное образование, обучение» подразумевает обучение учащихся вне учебного заведения. Именно так и произошло с 17 марта 2020 года большинство образовательных организаций России перешло на дистанционное обучение (ДО) в связи с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. Однако в России исследования гигиенических аспектов массового перехода в 2020 году на ДО не проводились.

Целью исследования явились гигиеническая оценка особенностей образа жизни и выявление факторов риска преморбидных изменений у детей школьного возраста в условиях дистанционного обучения. Для достижения поставленной цели с помощью Google Forms был проведен сравнительный анализ онлайн-опроса 200 школьников и 251 родителя в 2019 году в период проведения традиционного обучения и 500 родителей в апреле 2020 года в период проведения дистанционного обучения. Респондентам в период проведения традиционного и дистанционного обучения были предложены вопросы, связанные с использованием информационно-коммуникационных технологий, осведомленностью о гигиенических принципах охраны зрения и практических навыках их использования в жизни, навыках ЗОЖ. Увеличение времени использования стационарных и мобильных ЭУ школьниками в период проведения дистанционного обучения на 2 часа отметили – 15,0% родителей школьников, на 3 часа – 20,8%, на 4 часа – 18,6%, на 5 часов – 10,0%, на 6 часов и более часов – 25,0%. Родители школьников отметили, что в период проведения традиционного обучения 36,0% школьников не использовали ни одного ЭУ, 47,4% использовали одно ЭУ, 11,4% – два ЭУ, остальные три и более

ЭУ. В период же проведения дистанционного обучения 29,8% школьников используют одно ЭУ ($p \leq 0,05$), 51,8% школьников используют два ЭУ ($p \leq 0,05$), 15,0% – три и более ЭУ ($p \leq 0,05$). Доказано существенное увеличение времени использования ЭУ и их количества при переводе образовательного процесса в удаленный формат. В период проведения дистанционного обучения родители школьников отметили изменения режима дня школьников: у 89,0% имеют трудности с соблюдением режима труда и отдыха, у 64,0% увеличилось время учебных занятий, у 45,4% ухудшился характер и режим питания, у 23,8% уменьшилась продолжительность ночного сна. Страдают и другие компоненты ЗОЖ, так 88,4% родителей школьников отметили, что у школьников в период проведения ДО двигательная активность уменьшилась, 62,8% отмечают, что их двигательная активность минимальная, у 29,2% присутствует выполнение физических упражнений и у 11,6% – ходьба, 5,0% – занятия на тренажере, 14,8% – танцевальные движения. При увеличении времени использования электронных устройств очень важным становится время проведения перерывов. Родители школьников ответили, что 69,4% школьников делают перерыв каждые 30 минут – 1 час, что согласуется с гигиеническими принципами охраны зрения. Однако остальные делают перерывы реже и 12,6% вовсе не делают перерывы при работе с электронными устройствами. В то же время уже в первые 30 минут использования ЭУ у 12,2% школьников появляются первые жалобы на самочувствие, у 21,4% в течение первого часа и у 24,2% в течение второго часа, у остальных позднее и только у 17,2% – жалобы не возникают. Увеличение жалоб на самочувствие у учащихся в период проведения дистанционного обучения отметили 79,8% родителей школьников, 60,6% родителей школьников отметили появление у школьников усталости глаз, 27,0% – боли в области глаз. На головные боли жалуются 40,2% школьников, 21,0% – тяжесть в голове, заложенность и шум в ушах – 7,8%, 37,6% школьников пожаловались на боли в спине, 31,8% – на боли в шее, 58,0% – отметили переутомление, 49,8% – нервно-психическое напряжение, 30,4% – трудности засыпания. Возникают сложности психологического характера у родителей в связи с дистанционным обучением, что приводит к напряженной психологической обстановке в семье, чаще это затрагивает семьи, где несколько детей школьного возраста, и где родители также вынуждены вести работу дистанционно в те же часы, что и обучение школьников. Заключение. Снижение двигательной активности, уменьшение продолжительности ночного сна, трудности засыпания, более раннее появление жалоб на работу зрительного анализатора и другие органы и системы, негативное отношение к реализации дистанционного обучения у родителей позволяет говорить о поведенческих рисках и негативных тенденциях в образе жизни школьников в период дистанционного обучения, которые свидетельствуют о преморбидных нарушениях в состоянии здоровья детей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Мухортых В.А., Ларькова И.А., Ревякина В.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва

В настоящее время наблюдается неуклонный рост количества пациентов, страдающих гастроинтестинальной формой пищевой аллергии. Недооценка симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта или их неправильная трактовка ведет к неправильной постановке диагноза и, соответственно, назначению необоснованного лечения.



Цель исследования: изучить основные клинические проявления и характер аллергической сенсибилизации у детей с гастроинтестинальными симптомами пищевой аллергии.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 112 детей с гастроинтестинальными проявлениями пищевой аллергии (мальчиков – 69; девочек – 43), возраст которых составил от 3 месяцев до 3 лет. Основными жалобами являлись: неустойчивый характер стула (диарея, запоры, стул с неперевааренными остатками пищи, слизью, прожилками крови), боли в животе, метеоризм/ вздутие живота, сниженный аппетит и срыгивания. У обследованных детей проведен ретроспективный анализ данных акушерского анамнеза, характера вскармливания, семейного анамнеза, проведены общеклинические, инструментальные и лабораторные методы диагностики, в том числе, определение уровня общего и специфических IgE-антител к наиболее распространенным пищевым аллергенам для данной возрастной группы методом иммуоферментного анализа.

Результаты. У большинства наблюдаемых детей был выявлен высокий уровень сенсибилизации к белкам коровьего молока (у 82 детей – 73,2%), глютену (у 33 детей – 29,5%), у 15 детей (13,4%) к другим пищевым аллергенам (куриное яйцо, соя, рыба). У части обследуемых детей была выявлена сочетанная сенсибилизация и к белкам коровьего молока и к глютену (у 16 детей – 14,3%), у мальчиков такой тип сенсибилизации встречался статистически значимо чаще ($p=0,0062$). Медиана уровня общего IgE составила 45,5 [13,5;108] МЕ/мл. Гастроинтестинальные проявления характеризовали себя следующими клиническими симптомами: неустойчивый характер стула (диарея, запоры, стул с неперевааренными остатками пищи, слизью, прожилками крови) наблюдался у 59 детей (52,7%); боли в животе – у 38 пациентов (33,9%); метеоризм/ вздутие живота – у 42 (37,5%); сниженный аппетит и срыгивания наблюдались у 10 (8,9%) и 7 детей (6,2%), соответственно. Таким образом, у большинства детей наблюдались жалобы на неустойчивый характер стула, и в равной степени – метеоризм/вздутие живот и боли в животе. При назначении диетотерапии с исключением причинно-значимых аллергенов отмечалось улучшение состояния ребенка в виде уменьшения вздутия живота, купирования болевого синдрома и уменьшения срыгиваний, прибавки в массе тела, улучшения аппетита и характера стула. **Заключение.** Пищевая аллергия является сложным гетерогенным заболеванием. Отмечена значимость белка коровьего молока и глютена в реализации таких клинических проявлений, как неустойчивый характер стула, боли в животе, метеоризм/вздутие живота, сниженный аппетит и срыгивания. Своевременная трактовка диагноза и рациональная диетотерапия с исключением основных причинно-значимых пищевых аллергенов ведет к благоприятному прогнозу заболевания.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНОГО ТЕСТА QUANTIFERON С КОЖНЫМ ТЕСТОМ, СОДЕРЖАЩИМ РЕКОМБИНАНТНЫЙ БЕЛОК CFP-10 И ESAT-6 И ПРОБОЙ МАНТУ С 2 ТЕ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Наконечная С.Л., Аксенова В.А., Мизерницкий Ю.Л.
Национальный медицинский исследовательский центр
фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Наличие неспецифических воспалительных процессов является фактором риска возникновения туберкулеза легких. Имеющейся на сегодня информации недостаточно для оценки чувствительности, специфичности и воспроизводимости IGRA у детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

Цель исследования: сопоставить результаты кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) и лабораторного теста оценки продукции гамма-интерферона в ответ на стимуляцию специфическими антигенами CFP-10, ESAT-6 (Quanti FERON-TB) у детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ) и туберкулезом органов дыхания (ТОД).

Материалы и методы. В ходе исследования было обследовано 62 ребенка. Возраст детей составил от 1 года до 17 лет. Из них в 1 группу с ТОД вошло 40 детей, во 2 группу с ХНЗЛ – 22 ребенка. Все дети обследованы с помощью трех методик – сначала QFT, затем внутрикожной пробы с ДСТ и пробой Манту. В первой группе находились дети с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов, инфильтративным туберкулезом, очаговым туберкулезом, первичным туберкулезным комплексом, диссеминированным туберкулезом, туберкулезом. Во второй группе дети с бронхиальной астмой, пороками развития, первичной цилиарной дискинезией, хроническим бронхитом, интерстициальной болезнью легких, гиперсенситивным пневмонитом.

Результаты. На пробу с ДСТ положительные реакции отмечены у 38 из 40 обследованных с ТОД, сомнительные – у 2 пациентов. У детей с ХНЗЛ 1 из 22 обследованных детей имел положительную реакцию на пробу с ДСТ, у 21 из 22 реакция была отрицательной. На тест QFT положительные реакции получены у 38 больных из 40 обследованных ТОД, отрицательные – у 2 пациентов. В группе ХНЗЛ положительная реакция получена у 1 ребенка из 22, отрицательные у 21. Результаты обоих тестов были положительными у 36 из 40 больных в первой группе. Во второй группе оба теста были положительны у одного ребенка из 22, у остальных 21 результаты обоих тестов были отрицательные.

Выводы. Чувствительность и специфичность пробы с ДСТ и QFT у детей с ХНЗЛ составили 95% и 95,5% соответственно и расцениваются как высокие. При 100% чувствительности пробы Манту специфичность ее у детей с ХНЗЛ недостаточна. В связи с этим для диагностики туберкулеза органов дыхания у детей с ХНЗЛ и хронической аллергической патологией следует использовать пробу с ДСТ (Диаскинтест) и QuantiFERON-тест.

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Неудахин Е.В., Иванова Н.М., Абрамов А.А., Петриченко А.В., Лукаш Е.Н., Асадуллаева М.А.

Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва

В настоящий исторический период значимость инфекционных заболеваний в качестве триггеров летальных исходов у детей, благодаря распространению и улучшению вакцинирования, значительно уменьшилась. Время сердечно-сосудистых заболеваний, угрожающих жизни, для детей еще не наступило. Поэтому все более заметную роль в этом плане стали играть злокачественные опухоли. Их наличие – состояние хронического стресса, тяжесть проявлений которого зависит от характера течения адаптационных реакций. Поддержание жизнедеятельности организма, его развитие возможно только в условиях альтернативного взаимодействия процессов, принимающих участие в обеспечении определенных адаптационных реакций. В связи с этим закон единства и борьбы противоположностей следует переименовать в закон альтернативного взаимодействия. Альтернативные процессы обеспечивают определенные жизненно важные функции (систола-диастола → сердечная деятельность; симпатикотония-ваготония → вегетативное обеспечение). Альтернативные процессы не борются, а

взаимодействуют. При оценке показателей кардиоинтервалограммы (КИГ), характеризующих состояние вегетативной нервной системы (ВНС), мы предлагаем выделять фазы напряженной адаптации (ФНА), относительной компенсации (ФОК), декомпенсации (ФД). Для ФНА характерно одинаковое повышение активности обоих отделов ВНС; для ФОК: при высокой активности симпатического отдела – недостаточное повышение парасимпатического; для ФД: при повышении активности симпатического отдела – снижение парасимпатического. Выделение этих фаз возможно при использовании многих альтернативных показателей. Оценка адаптационных реакций с помощью чувствительных и легкодоступных методов исследования позволяет судить о тяжести заболевания и эффективности его лечения в динамике. С целью определения активности адаптационных реакций мы использовали общий анализ крови с оценкой по Л.Х. Гаркави, определение фаз адаптации по соотношению Са и Mg; фаз адаптации по соотношению липопротеинов низкой и высокой плотности; а также ЭКГ, ХМ ЭКГ, ЭхоКГ. Под нашим наблюдением находилось 70 детей в возрасте от 3 до 17 лет со злокачественными опухолями (ЗО) и 64 ребенка в возрасте от 9 до 17 лет – с синдромом вегетативной дистонии (СВД). При оценке адаптационных реакций по Л.Х. Гаркави установлены: стресс – у 42,8% детей с ЗО, у 0% – с СВД; реакция тренировки – у 17,8% и 0%, соответственно; реакция спокойной активации – у 17,8% и 16,5%; реакция повышенной активации – у 10,7% и 67,0%; реакция переактивации – у 10,7% и 16,5%. По соотношению Са и Mg, определялись фазы физиологической адаптации (ФФА), напряженной адаптации (ФНА), относительной компенсации (ФОК) и декомпенсации (ФД). ФФА определялась у 9,6% детей с ЗО и у 60,4% – с СВД; ФНА – у 18,5% и у 17,4%, соответственно; ФОК – у 40,7% и 22,2%; ФД – у 27,4% и у 0%. Подобные фазы по соотношению липопротеинов низкой и высокой плотности установлены: ФФА – у 12,8% и у 26,4%; ФНА – у 21,4% и у 34,2%; ФОК – у 30,1% и 24,3%; ФД – у 35,7% и у 15,1%. У детей с ЗО практически в 2 раза чаще, чем у детей с СВД определялись синдром ранней реполяризации желудочков (по ЭКГ: у 68,0% и 36,2%), нон-диппер (СМАД: у 47,2% и 28,4%); нарушение диастолической функции левого желудочка (ЭхоКГ: у 52,4% и 27,8%). Таким образом, при оценке адаптационных реакций организма у детей со злокачественными опухолями определяется стрессовый характер их изменений с высокой частотой развития декомпенсации, достоверно отличающиеся от изменений адаптационных реакций у детей с СВД. Следовательно, указанные легкодоступные методы исследования могут использоваться для оценки тяжести состояния ребенка и эффективности его лечения в динамике.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ

Новикова Е.В., Хан М.А., Тальковский Е.М., Левицкая М.В.
Государственное автономное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения Москвы, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения, Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Аноректальные пороки включают широкий спектр врожденных аномалий, затрагивающих анус, прямую кишку, уrogenитальный тракт. В структуре врожденных пороков развития составляют 7%. Результат лечения напрямую зависит не только от качества проведенного оперативного вмешательства, но и от дальнейших реабилитационных мероприятий. Приобретенные стенозы ануса и прямой кишки, возникающие после выполнения коррекции, достигают 30% от общего числа ятрогенных поражений аноректальной области. Медицинская реабилитация таких

детей проводится на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах с включением физических факторов, средств лечебной физкультуры и других методов. Медицинская реабилитация начинается сразу после хирургического лечения в палатах интенсивной терапии и специализированных отделениях. На первом этапе большое внимание уделяется активации репаративных процессов в области неоануса. С этой целью назначают поляризованный свет, хромотерапию, низкочастотную магнитотерапию на область аноректальной зоны. Второй этап медицинской реабилитации проводится в реабилитационных отделениях и центрах медицинской реабилитации, направлен на оказание дефибрирующего действия на область прямой кишки, с этой целью применяется лекарственный электрофорез йода, ферментов, лечебной грязи. Третий этап медицинской реабилитации является наиболее продолжительным, проводится в амбулаторно-поликлинических условиях и включает технологии медицинской реабилитации, направленные на восстановление перистальтической активности кишечника – различные виды электростимуляции, а также оздоровительные технологии, такие как аэроионотерапия, галотерапия, бальнеогрязелечение. Таким образом, в настоящее время разрабатывается система этапной медицинской реабилитации детей с аноректальными пороками, внедряются современные технологии медицинской реабилитации, позволяющие оказать воздействие на различные патогенетические звенья заболевания и повысить качество жизни таких детей.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ МОТИВАЦИОННОГО ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ У ДЕТЕЙ МОТИВАЦИИ НА ЕЖЕДНЕВНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА

Огарева А.А., Кисельникова Л.П., Сирота Н.А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения РФ», Москва

Одной из самых важных проблем профилактики стоматологических заболеваний является проблема мотивации ребенка и его родителей на ежедневную гигиену полости рта.

Цель исследования: изучить роль мотивационного интервьюирования на формирование мотивации ребенка к ежедневным гигиеническим процедурам.

Задача: оценить эффективность применения методики мотивационного интервьюирования на детском стоматологическом приеме.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 50 детей в возрасте 7–12 лет. Все участники были разделены на две группы. С каждым ребенком, принимающим участие в исследовании, было проведено 3 встречи: в начале исследования, через 1 месяц и через 6 месяцев. С детьми группы исследования проводились: контролируемая чистка зубов, определение индекса гигиены ОНІ-S, беседа с ребенком в формате мотивационного интервьюирования. С детьми группы сравнения проводился стандартный урок гигиены, который включал в себя контролируемую чистку зубов, определение индекса гигиены ОНІ-S, и краткую лекцию об основных правилах гигиены полости рта. Для оценки эффективности проведенного мотивационного интервьюирования использовался опросник «Представление о здоровье полости рта», который является адаптированной версией опросника Oral Health Belief Questionnaire (T.T. Nakazono, P.L. Davidson, R.M. Andersen, 1997). Данный опросник был адаптирован Ялтонским В.М. для русскоязычной популяции в 2017 г. и модифицирован Сирота Н.А. для русскоязычных детей старше 7 лет в 2018 г. Опросник является



психометрическим инструментом для измерения представлений о здоровье полости рта. Включает в себя 18 вопросов, сгруппированных в 7 шкал: восприятие серьезности болезни полости рта; восприятие важности здоровья полости рта; барьеры для визитов к стоматологу; мотивация на лечение; полезность профилактических действий; полезность контроля налета на зубах; представление об эффективности стоматолога. По шкале Лайкерта пациенту необходимо выбрать один из четырех, наиболее соответствующий его мнению, ответ, в диапазоне от «совершенно не согласен» (1 балл) до «совершенно согласен» (4 балла). Также использовался опросник «Стоматологическая самооффективность и воспринимаемая компетентность», который является адаптированной Ялтонским В.М. в 2009 году версией шкалы Dental self-efficacy scale (Knecht M.C., Syrjala A-MN, Laukkanen P., Knuuttila MLE., 1999). В 2018 году опросник модифицирован Н.А. Сирота для русскоязычных детей старше 7 лет. Опросник состоит из 15 утверждений, все утверждения оценивались по 4-балльной шкале, где 1 балл – «абсолютно не уверен», 4 балла – «абсолютно уверен». Продолжительность исследования – 6 месяцев.

Результаты. Гигиеническое состояние полости рта улучшилось в обеих группах, но в группе исследования улучшение было более выражено. В группе исследования показатели по шкале «серьезности проблемы полости рта» через 6 месяцев улучшились на 29%, тогда как в группе сравнения этот показатель снизился на 16%. На 12% увеличилось восприятие важности проблем здоровья полости рта в группе исследования и снизилось на 9% в группе сравнения. В группе детей, с которыми проводились беседы в формате мотивационного интервьюирования, барьеры для визита к стоматологу снизились на 17%, тогда как в группе сравнения этот показатель снизился только на 6%. На 23% повысилась мотивация на лечение у детей в группе исследования, в группе сравнения не было отмечено изменений данного показателя. После применения методики мотивационного интервьюирования на 21% улучшилось представление о полезности профилактических действий и на 9% снизился этот показатель в группе, в которой проводился стандартный урок гигиены. На 19% увеличилось понимание полезности контроля налета на зубах в группе исследования и только на 10% в группе сравнения. Представление об эффективности стоматолога в группе исследования и группе сравнения улучшилось на 33% и 3% соответственно. Стоматологическая самооффективность и воспринимаемость компетентности детей в группе исследования повысилась на 35%, тогда как в группе сравнения этот показатель изменился всего на 0,3%.

Выводы. Проведенное исследование показало высокую значимость мотивационного интервьюирования в практике врача-стоматолога детского. Применение психологических методик на стоматологическом приеме оказывает положительное влияние на уровень гигиены полости рта. Мотивационное консультирование способствует формированию устойчивой мотивации на стоматологическое здоровье у детей, сохраняющейся на длительный срок.

РАЗВИТИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ КАК МЕТОД УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Овчинникова Т.Н.

Московский гуманитарно-социальный институт, Москва

Положительные и отрицательные эмоции оказывают сильное действие на здоровье человека. Мы рассмотрим методы саморегуляции, позволяющие человеку самостоятельно поддерживать позитивный настрой, управляя собственным поведением и настроением, что положительно сказывается на состоянии его здоровья. [4] В основе предлагающегося к обсуждению опыта лежат выявленные факты: 1) оздоровления человека в процессе психотерапии, позволяющей

развить у него способность самостоятельно удерживать позитивный настрой в любых трудных ситуациях; 2) постепенного прекращения заболеваний у детей, занимающихся по программе развивающего обучения (В.В. Давыдов), а также в школе «Золотой ключик» (Г.Г. и Е.Е. Кравцовы), на фоне ярко выраженного позитивного эмоционального настроения. В первом случае мы имеем индивидуальную терапию, помогающую впоследствии человеку самостоятельно, начиная с 12–13 лет, научиться самостоятельно создавать позитивный настрой даже в трудных ситуациях и, как можно дольше его удерживать. Во втором же случае имеет место коллективная форма, – занятия, способствующие спонтанной актуализации личности ребенка в процессе обучения, что позволяет поддерживать их позитивный настрой. Переосмысление сложившейся ситуации осуществляется с целью отыскать именно в ней позитивные стороны происходящего («Любая палка всегда о двух концах»). Этот принцип «выворачивания наизнанку» способствует успешному анализу и сопоставлению сложившихся отношений с целями, с характером жизнедеятельности человека в целом. Охарактеризованный нами способ «излечения» заключается в развитии способности переосмысления создавшейся ситуации, в основе которой лежит возможность легко переключаться в своем видении ситуации из одного плана в другой, наделенный иными смыслами с целью изменения отношения к ситуации. Второй факт заключался в том, что дети, начавшие с 3 лет обучаться по программе развивающего обучения, через некоторое время переставали болеть. Факты подобного укрепления здоровья у учащихся отмечались в школах, выстроенных на основании принципов школы развивающего обучения В.В. Давыдова. Результаты при работе с детьми младшего возраста были отмечены работниками СЭС. Сформированный в обоих случаях стиль жизнедеятельности, постепенно перестраивая психосоматику, приводит к тому, что находящийся постоянно в хорошем настроении человек, – а позитивный настрой ему обеспечивает его направленность на реализацию собственных целей, – постепенно перестает болеть. Подобный метод изменения отношения к происходящему, помогает, формируя тактику активного «наступления» субъекта вместо пассивной «защиты», значительно усилить энергетику организма, которая, видимо, и обеспечивает его оздоровление. Возникающая в процессе такой координации согласованность мысли и чувства способствует в процессе реализации целостного акта деятельности выплеску значительного количества энергии, постоянно пополняемой в процессе продвижения к цели. Итак, в процессе осуществления свободно заданной деятельности, таким энергетическим источником является чувственная ткань сознания, – или, бессознательное, – теснейшим образом связанная со смысловой сферой сознания (деятельности). Подтверждение предложенного хода мысли мы можем найти у Л.С. Выготского. Так, например, Л.С. Выготский высказывал мнение о том, что введение понятия бессознательного в психологии можно приравнять по значению к понятию физической энергии в физике. «Только с введением этого понятия становится вообще возможна психология как психологическая наука, которая может объединять и координировать факты опыта в известную систему, подчиненную особым закономерностям», – говорил он [2, с.132]. Наблюдения показывают, что дела, направленные на достижение значимой цели, осуществляются человеком с большим энтузиазмом, с большим вкладом «внутренней» энергии, чем любая функциональная деятельность. А отсутствие заинтересованности в выполнении деятельности, когда ее смысл состоит в наиболее быстром ее завершении, вызывает у человека усталость и равнодушие

Литература 1. Давыдов В.В. «Проблемы развивающего обучения», Педагогика, 1986. 2. Выготский Л.С. «Психика, сознание, бессознательное» Собр. соч., М., 1982, т.1, с. 132–148. 3. Овчинникова Т.Н. «Саморегуляция и психосоматика» //ж. Психотерапия, 2011, № 7, с.67 – 74.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У ДЕТЕЙ С АТИПИЧЕСКИМИ ТЕРАТОИДНО-РАБДОИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ольхова Л.В., Желудкова О.Г.

Российская детская клиническая больница, Российский Научный Центр Рентгенодиагностики, Москва

Актуальность. Атипичная тератоидно-рабдоидная опухоль (АТРО) центральной нервной системы – это высокоагрессивная злокачественная опухоль, встречается преимущественно у детей младшего возраста и имеет плохой прогноз.

Цель. Оценить прогностические факторы у детей с АТРО.

Пациенты и методы. Проведен анализ прогностических факторов у 98 больных в возрасте до 18 лет, которые получали лечение и наблюдались с 2008 по 2018 годы. Медиана возраста составила 21 месяца (разброс 2 месяца – 14 лет). Мальчиков было 51 (52%), девочек 47 (48%). Опухоль у 51 пациента (52,0%) локализовалась супратенториально, у 43 (43,9%) – инфратенториально, и у 4 (4,1%) – в спинном мозге. 56 (57,1%) пациентов были с М0 стадией, у 28 (28,6%) выявлена М+стадия или мультифокальная опухоль, у 14 (14,3%) пациентов стадия заболевания не уточнена (Мх). У всех пациентов инициально выполнено хирургическое лечение: тотальное – 33 (33,7%), субтотальное – 37 (37,8%), частичное удаление – 25 (25,5%), биопсия – 3 (3,0%); 69 (70,5%) пациента получили химиолучевое лечение по протоколу АТРО-2006, 6 (6,1%) пациентов – по протоколу CWS, 12 (12,2%) пациентов – по протоколу EU-RHAB, 5 (5,2%) – по протоколу HIT-SKK, у 6 (6,1%) больных выполняли индивидуальные схемы терапии.

Результаты. Живы 45 (45,9%), выбыли из наблюдения – 5 (5,1%), умерли 48 (49,0%) больных, из них 43 от прогрессирования болезни, 5 пациента от осложнений полихимиотерапии. Выживаемость без прогрессирования составила $35\% \pm 0,05$, общая выживаемость $38\% \pm 0,07$, 5-летняя общая выживаемость $43\% \pm 0,06$. Медиана выживаемости составила 28 месяцев, медиана выживаемости без прогрессирования болезни – 11,5 месяцев, медиана наблюдения составила – 18 месяцев (1–164 месяц). Выживаемость без прогрессирования достоверно лучше была у больных старше 2 лет по сравнению с пациентами младше 2 лет – 48% и 25% соответственно, $p=0,00195$; у девочек достоверно лучше по сравнению с мальчиками – 47% и 22% соответственно, $p=0,04329$; при тотальной резекции опухоли выживаемость была лучше по сравнению с субтотальным удалением, частичной резекцией и биопсией опухоли – соответственно 48%, 38%, 12% и 0% ($p=0,05$); при проведении лучевой терапии по сравнению с необлученными пациентами – краниоспинальном 61% и локальном – 54%, без облучения – 0% ($p=0,0000000$); при М0 стадии по сравнению с М+стадией/мультифокальными опухолями и при Мх-стадии – 43%, 20% и 37% соответственно ($p=0,00073$). Выживаемость лучше была при супратенториальной локализации по сравнению с инфратенториальной – 42% и 28% соответственно ($p=0,042$). Среди пациентов, проживших 5 и более лет, лучшую выживаемость имели пациенты, получавшие мультимодальную терапию по протоколу АТРО-2006 (40%) по сравнению с протоколом CWS (17%); а в группе пациентов, проживших 2 года, лучшая выживаемость была выявлена также у пациентов, получивших терапию по протоколу АТРО-2006, чем по протоколам EU-RHAB, индивидуальным схемам терапии, CWS и HIT-SKK – соответственно 43%, 39%, 21%, 17% и 0%, $p=0,00262$. Также выживаемость была выше среди пациентов, получивших интравентрикулярное/интратекальное введение химиопрепаратов (Метотрексат, Цитозар, Преднизолон), чем у пациентов получивших только Метотрексат и без введения химиопрепаратов – 42%, 34% и 15% соответственно, $p=0,00057$.

Выводы. На выживаемость пациентов с АТРО ЦНС достоверно влияли возраст и пол пациента, локализация и инициальное наличие метастазов, объем операции, протокол полихимиотерапии, проведение лучевой терапии и регионарное введение химиопрепаратов.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УДВОЕНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Омарова Ж.Р., Зыкин А.П., Глашкина С.А., Жаров А.Р., Туманова Е.Л.
Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Цель: определить взаимосвязь между морфологическим строением стенки и клиническими проявлениями удвоений желудочно-кишечного тракта. Задачи: 1) провести морфологическую оценку удвоений пищеварительного тракта у детей; 2) оценить частоту встречаемости гетеротопии и дисплазии слизистой оболочки удвоений; 3) найти взаимосвязь между морфологическим строением и клиническими проявлениями удвоений.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный мультицентровой анализ, который включал 76 клинических наблюдений за период с 2006 по 2019 годы. Возраст больных составил от 10 суток до 17,4 лет. Девочек – 36 (47,4%), мальчиков – 40 (52,6%). В плановом порядке поступило 46 (59,7%) детей, госпитализированы экстренно с осложнениями данного порока развития – 24 (31,6%), ранее были оперированы и поступили с рецидивом – 2 (2,6%). Неблагоприятный перинатальный анамнез отмечен в 16 случаях (20,1%). Сопутствующая патология выявлена у 11 больных (14,5%). При обследовании пациентов использовались следующие методы: клинические; лабораторные; инструментальные и морфологические методы: образцы ткани фиксировали в 10% растворе формалина, заливали в парафин, срезы готовили на микротоме, окрашивание H&E; статистическая обработка: χ^2 , средний возраст наступления осложнения или клинического проявления, отношения шансов и рисков (odds ratio, OR), метод Каплана–Мейера с регрессией Кокса с построением кривых дожития.

Результаты и обсуждение. У 76 пациентов обнаружено 81 удвоение. Специфических симптомов не отмечено, а клиника зависела от локализации удвоения, его размеров и характера возникших осложнений. Все удвоения были удалены хирургическим путем после проведенной предоперационной подготовкой. Локализация удвоений была следующей: пищевод – 16, желудок – 9, двенадцатиперстная кишка – 7, тонкая кишка – 27, толстая – 10, прямая – 2, торакоабдоминальные удвоения – 2, множественные – у 3 пациентов 8 удвоений. 29 (35,8%) удвоений, которые присутствовали у 26 (32,9%) пациентов, имели различные варианты порочного развития слизистой оболочки: гетеротопия – 18 (21%) случаев, дисплазия – 11 (13,6%). Гомологичное строение стенки удвоения отмечено в 52 (64,2%) удвоений, которые присутствовали у 50 (67,1%) пациентов. В группе с нормальной слизистой оболочкой клинические проявления и осложнения отмечены в 24 случаях, бессимптомное течение – 28. В группе с патологической слизистой оболочкой клинические проявления наблюдались – у 26 пациентов, бессимптомное течение – у 3. Мы предположили, что удвоения с гетеротопией и дисплазией слизистой оболочки стенки чаще воспаляются, изъязвляются и перфорируют, а значит, чаще имеют клинические проявления и осложнения. При сравнении клинических проявлений между группами с нормальной и патологической слизистой оболочкой обнаружено значимое статистическое различие с сильной связью ($\chi^2 = 13,1$ при критическом уровне 6,6, $p < 0,01$). Средний возраст наступления осложнений в группах составил: нормальное строение слизистой оболочки – 9,0 лет (95% ДИ 6,8–11,2 лет), а в группе с гетеротопией или дисплазией – 1,8 лет (95% ДИ 0,8–2,8 лет). При построении кривых дожития Каплана–Мейера в



группе с гетеротопией и дисплазией осложнения наступали раньше и риск их возникновения с возрастом увеличивался по сравнению с группой с нормальной слизистой оболочкой. Шанс наступления осложнения и клинического проявления в группе с патологической слизистой был значительно выше (OR = 10,1). Таким образом, мы получили статистическое обоснование того, что строение слизистой оболочки удвоения влияет на клиническое течение.

Выводы. Разница между группами удвоений с нормальной слизистой оболочкой и группой с гетеротопией или дисплазией статистически значима. Шанс развития осложнений в группе удвоений с гетеротопией или дисплазией слизистой оболочки значительно выше. Риск развития осложнений у больных с удвоениями с гетеротопией или дисплазией слизистой оболочки с возрастом резко возрастает.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО ТЕЧЕНИЮ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 СРЕДИ ДЕТЕЙ Г. МОСКВЫ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Османов И.М., Борзакова С.Н., Дубовец Н.Ф., Бочарова Т.И.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Актуальность. В связи с распространением коронавирусной инфекции не только среди взрослого, но и детского населения, важным является изучение поло-возрастных характеристик, особенностей течения, частоты развития осложнений и тяжелых форм инфекции у детей.

Цель исследования. Изучение распространенности и оценка особенностей течения Новой коронавирусной инфекции, вызванной SARS-CoV-2 у детей, находящихся на стационарном лечении.

Задачи исследования. Ежедневный мониторинг и ведение регистра больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19 у детей, находящихся на стационарном лечении Пациенты и методы. В конце марта 2020 г. на базе ГБУЗ ДГКБ им. З.А. Башляевой был организован COVID-центр для лечения детей с новой коронавирусной инфекцией среднетяжелого и тяжелого течения. С 05.04.2020 г. проводится ежедневный мониторинг состояния находящихся на лечении детей. За период с 05.04. по 29.05.2020 под наблюдением находилось 937 детей, из них 544 ребенка с подтвержденным диагнозом COVID-19, из них 12,1% (66 чел.) – дети до года; 14,7% (80 чел.) – дети с 1 до 3 лет; 9,9% (69 чел.) – дети от 7 до 10 лет; 15,5% (83 чел.) – дети с 11 до 13 лет; 35,3% (192 чел.) – дети от 14 до 18 лет. Распределение больных по полу было примерно одинаковым (52% мальчиков и 48% девочек). В общей структуре заболеваемости COVID-19 доля вирусных пневмоний составила 37% (202 эпидемиологических случая). Подавляющее большинство детей переносило инфекцию средней тяжести, за все время в тяжелом состоянии в отделении реанимации находилось 6 детей с подтвержденным COVID-19. Средний срок пребывания детей в стационаре составил 10–12 койко-дней. По данным проводимого мониторинга, особо резкий рост заболеваемости COVID-19 среди детского населения пришелся на 15–25 апреля, максимальное число детей, больных COVID-19 достигло своего максимума к 11–14 мая (через 25–30 дней от начала подъема общей заболеваемости в Москве), с 19–20 мая заметилась тенденция к снижению (30–35 день от начала подъема заболеваемости у детей).

Выводы. Согласно общедоступным данным, распространенность COVID-19 среди детей ниже, чем среди взрослого населения. Однако

среди детей так же встречаются случаи среднетяжелого и тяжелого течения инфекции, преимущественно в старшей возрастной группе. Течение инфекционного процесса осложнилось присоединением вирусно-бактериальной пневмонии у 37%. Полученные данные свидетельствуют о необходимости тщательного контроля за эффективностью лечения и течением COVID-19 у детей, а так же о необходимости создания центров катамнеза и реабилитации детей, перенесших данную инфекцию.

ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИЙ РАХИТ

Османов И.М., Захарова И.Н., Кольбе О.Б., Бекмурзаева Г.Б., Тамбиева Е.В., Мумладзе Э.Б.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения Москвы», Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Госпитализирован ребенок 3 лет с клиническими проявлениями рахита. При осмотре в отделении: вес 11,4 кг (перцентиль < 3%), рост 86 см (перцентиль < 3%). Рахитические изменения костей: выраженные лобные и теменные бугры, деформация костей предплечья, рахитические «браслетки», широкая и развернутая нижняя апертура грудной клетки, выраженный поясничный лордоз, O – образная деформация нижних конечностей, плоско-вальгусная деформация стоп, «утиная походка». Концентрация фосфора была снижена (0,89 ммоль/л), активность щелочной фосфатазы – повышена (520 ед/л). Кислотно-основное состояние по показателям крови нарушено не было. Уровень паратиреоидного гормона, витамина Д соответствовал нормальным возрастным показателям. В общих анализах мочи без патологии, рН мочи с колебаниями 5–7. Глюкозурии, протеинурия – не выявлено. Относительная плотность мочи колебалась от 1005 до 1020. Суточная экскреция с мочой калия, натрия, хлоридов, магния, кальция, фосфора, мочевой кислоты, креатинина, цистина, оксалатов была нормальной. Однако, при расчете экскреции фосфора относительно креатинина, она оказалась повышенной (16 при возрастной норме 1,2–8). При офтальмологическом осмотре патологии не обнаружено. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек и щитовидной железы отклонений не выявило. Рентгенография нижних конечностей: картина остеохондропатии большеберцовых и бедренных костей, возможно на фоне гипофосфатемии, варусная деформация большеберцовых костей и шейки бедренной кости. Проведено молекулярно-генетическое исследование методом массового параллельного секвенирования 166 генов, ответственных за костную патологию. Выявлены изменения в нуклеотидной последовательности в гене PHEX exon17:c.G1715A: p.G572D в гетерозиготном состоянии. Таким образом, на основании характерной клинической картины и лабораторно – инструментальных симптомов был выставлен заключительный диагноз: Гипофосфатемический рахит. X-сцепленный доминантный тип наследования. Хроническая болезнь почек 1 ст. Задержка физического развития. Ребенку были назначены препараты фосфора, остеогенон, оксидевит. Данное клиническое наблюдение продемонстрировано нами для того, чтобы напомнить педиатрам о врожденной патологии – первичной тубулопатии, проявляющейся рахитоподобными изменениями костей и показать сложности подбора индивидуальной терапии при верифицированном диагнозе. Настороженность в отношении редких заболеваний, своевременность применения специфических диагностических методов, позволяющих поставить «трудный диагноз» в педиатрии определяют верную лечебную тактику и предполагают благоприятный прогноз у данной категории пациентов.

МАСКА «МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ»

Османов И.М., Захарова И.Н., Тамбиева Е.В., Бекмурзаева Г.Б., Мумладзе Э.Б.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения Москвы», Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Мальчик, 11 лет, поступил в экстренном порядке с жалобами на изменения в анализах мочи в виде рецидивирующей лейкоцитурии, эритроцитурии, дизурическими явлениями. Со слов мамы выше описанные жалобы в течение месяца, по лабораторным данным лейкоцитурия, эритроцитурия различной степени выраженности, проводилась терапия монуралом, фурамагом, без выраженного положительного эффекта, в связи с сохраняющейся дизурией и воспалительными изменениями по данным анализа мочи госпитализирован в стационар. Ранее изменений в анализах мочи не отмечалось. В условиях стационара сохраняется лейкоцитурия, бактериурия, по данным УЗИ стенки мочевого пузыря тонкие, ровные; в просвете определяется конгломерат гиперэхогенных включений размером 22,2 x 6,8 мм, дающих эхосимптом звуковой «дорожки». На обзорной рентгенограмме определяются множественные округлые тени высокой интенсивности, собранные в кружок в виде цепочки, с четкими ровными контурами, в диаметре до 5 мм, расположены над верхним углом лонного сочленения. Таким образом, у ребенка диагностированы инородные тела мочевого пузыря (магниты). Проведено оперативное лечение, удаление конгломерата магнитов.

ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ СЕНСОМОТОРНЫХ ДИСФУНКЦИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Остроухова И.П., Кузнецов Г.Б., Савицкая Н.А., Аюпян Т.Г.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница Св. Владимира Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Цель. Оценить нарушения связей по оси мозг–кишечник у детей, живущих в мегаполисе, из-за особенностей механизмов регуляции обмена веществ, вегетативной дисфункции при современных экологических проблемах быта, питания, стрессов, гиподинамии. За последние годы распространенность гастроэнтерологических заболеваний у детей во всем мире выросла, составляет от 15 до 40% и превышает 100 на 1000 детского населения.

Задача. Предотвратить ранний переход функциональных нарушений пищеварительного тракта в органическую патологию.

Материалы. Проведен анализ 1450 случаев госпитализации детей с функциональными изменениями желудочно-кишечного тракта (41,4%) из 3500 поступивших в педиатрическое отделение в течение года. Методы. Проведены общеклинические исследования крови, мочи, кала и инструментальные обследования: УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС с биопсией, pH-метрия, электромиография, хелпил-тест, ректосигмо- и колоноскопия, рентген-исследования с барием, ЭКГ.

Результат. При анализе данных осмотра, анамнеза и клинико-инструментальных данных выявлено 1290 детей с рецидивирующими симптомами функциональной диспепсии, чаще в школьном возрасте (73%). Девочек из них было 54%. С синдромом раздраженного кишечника 160 детей,

большинство пред- и дошкольного возраста (61%), чаще мальчики (60%). У большинства детей (72%) в анамнезе отмечена перинатальная энцефалопатия, жалобы появились при начале посещения детского сада, школы. Боли в животе и кишечные расстройства сочетались с головными болями, нарушениями сна, вазоспастическими реакциями, ухудшение самочувствия было связано с психоэмоциональными факторами. Отмечено превалирование функциональных изменений, связанных с нарушением вегетативного статуса (ваготония, гиперацидность) и нейрогуморальной регуляции в виде дискоординации моторики (рефлюксы, гипо- и гипертонические дискинезии). В отделении кроме диетотерапии назначались при синдроме боли в эпигастрии антациды, обволакивающие препараты (алмагель, фосфалюгель, маалокс, гастал), прокинетики – домперидон (мотилиум) и регуляторы моторики ЖКТ (тримебутин), спазмолитики (дюспаталин), слабительные (мукофальк), пробиотики, физиотерапия, массаж.

Выводы. Лечение детей с гастроэнтерологическими проблемами должно включать в себя не только назначение лекарственных препаратов, но и нормализацию режима дня, сна, физической активности, характера питания, а также психотерапевтические методы. В связи с ростом числа пациентов с функциональными изменениями ЖКТ необходимо уделить внимание ключевым патогенетически обоснованным вегетомодулирующим препаратам – нейрометаболитам (пирацетам, аминалон, пикамилон, глицин), вазотропным (циннаризин), нейротропным витаминам группы В (комбилипен), ведущим к регуляции функциональной активности ЦНС.

ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ – СЕРЬЕЗНАЯ ПРОБЛЕМА В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Остроухова И.П., Куликова Е.В., Чегодаева Н.А., Кузнецов Г.Б.
Московский медико-стоматологический университет, Детская больница Св. Владимира, Москва

Цель. Оценить особенности адаптации вегетативной нервной системы у детей школьного возраста, проживающих в крупном мегаполисе, поступивших в педиатрический стационар. Вегетативная нервная система, находясь в центре адаптационно-компенсаторных процессов организма, постоянно реагирует на все жизненные ситуации и поэтому часто испытывает перегрузки.

Задачи. Выявить характер изменений вегетативной нервной системы у детей и подростков, приведших к госпитализации.

Материалы. Проведен анализ 152 случаев вегетативной дисфункции у детей, поступивших в педиатрическое отделение в течение одного года. Дети были школьного возраста 8–16 лет, мальчиков – 83 человека, девочек – 69. Методы. Проведены общеклинические лабораторные и инструментальные обследования – ЭКГ, ХМ, КИГ, СМАД, ЭхоКГ, ЭЭГ, УЗДГ. Результаты. Вегетативная дисфункция по симпатикотоническому типу была у 15 человек (мальчиков 73%), по смешанному типу – 62 ребенка, из них 20 с синкопами (мальчиков 70%), по ваготоническому типу – 75 детей, из них 19 человек с синкопами и 28 с синдромом слабости синусового узла (78% – мальчики). При сборе анамнеза у многих отмечены проблемы перинатального периода, дети были раздражительными, тревожными, отмечались нарушения режима сна, гиподинамия, увлечение гаджетами.

Выводы. При психоэмоциональном напряжении повышается активность лимбико-ретикулярного комплекса. Это обеспечивает координацию вегетативной, соматической и эмоциональной сфер. В начале процесса адаптации отмечается симпатикотония, при длительном существовании перегрузок – ваготония. Данные проведенного анализа свидетельствуют о нарастании дезадаптации у школьников, преимущественно мальчиков, проявляющейся увеличением числа ваготоний и жизнеугрожающих состояний (синкопе, СССУ).



ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ГЕМИСКЛЕРОДЕРМИЕЙ ЛИЦА И ГОЛОВЫ

Павлова М.С., Хачатрян Л.Г., Богданова М.Д., Осминина М.К.
*Кафедра детских болезней Клинического Института детского
здоровья имени Н.Ф. Филатова Сеченовского Университета,
Москва*

Цель и задачи. Линейная склеродермия с поражением лица и головы по гемитипу (ЛСГ) приводит к формированию калечащих косметических дефектов лицевого скелета, зубочелюстного аппарата, что отражается на качестве жизни пациентов, их психологической адаптации в обществе. Целью работы явилось оценить степень нарушений психоэмоционального статуса и когнитивных функций у детей с ЛСГ.

Материалы и методы. Нами обследованы дети со склеродермией, находившиеся на стационарном лечении в Университетской детской клинической больнице ПМГМУ им. И.М. Сеченова. В основную группу I вошел 51 ребенок с ЛСГ в возрасте от 3 до 16 лет, средний возраст $12,4 \pm 3,52$ года, в группу сравнения II 34 ребенка с ограниченной склеродермией (ОС) другой локализации, без поражения лица и головы в возрасте от 4 до 17 лет, средний возраст $14,4 \pm 3,83$ года. Пациенты обеих групп получали болезнь модифицирующую терапию с использованием иммунодепрессантов. Оценка психоэмоционального статуса детей и когнитивной сферы проведена с использованием стандартизованных психодиагностических методик: Шкала депрессии Бека (с 14 лет и старше), Шкала тревоги Бека (с 14 лет и старше), Тест тревожности для детей 3–7 лет (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен), Тест Векслера WISC-IV в адаптации А.Ю. Панасюк (применялся Субтест 4 «Сходство» (результаты его выполнения говорят о способности к логическому мышлению, обобщению и абстрагированию) и Субтест 6 «Повторение цифр»). Последний субтест направлен на определение объема кратковременной памяти и уровня активного внимания).

Результаты. В группе I ($n=51$) общий уровень выявленной тревожности составил 95% ($n=48$), в 31,4% ($n=16$) случаев отмечался низкий уровень тревожности, 9,8% ($n=5$) средний уровень тревожности, а 52,9% ($n=27$) высокий уровень тревожности. Комплексная оценка интеллектуального развития с использованием Теста Векслера показала, что среди обследованных старше 5 лет у 28,6% ($n=12$) отмечалась сниженная способность к логическому мышлению, обобщению и абстрагированию (по результатам Субтеста 4 «Сходство»). У 71,4% (30 детей) результаты соответствовали возрастной норме. По результатам Субтеста 6 «Повторение цифр» было выявлено, что у 40,5% ($n=17$) показатели были ниже возрастной нормы. У 33,3% (14 детей) отмечались пограничные значения. В группе II ($n=34$) общий уровень выявленной тревожности составил 79% ($n=27$): в 29,4% ($n=10$) случаев отмечался низкий уровень тревожности, 26,5% ($n=9$) средний уровень тревожности, а 23,5% ($n=8$) высокий уровень тревожности. При обследовании уровня депрессии у пациентов старше 14 лет ($n=8$), у всех детей отмечалось стабильное настроение, что сочеталось с нормальным или низким уровнем тревожности. Комплексная оценка интеллектуального развития с использованием Теста Векслера показала, что у 88% ($n=30$) детей результаты соответствовали возрастной норме, 12% ($n=4$) отмечалась сниженная способность к логическому мышлению, обобщению и абстрагированию (по результатам Субтеста 4 «Сходство»). По результатам Субтеста 6 «Повторение цифр» было выявлено, что у 17,6% ($n=6$) показатели были ниже возрастной нормы, у 82,4% ($n=28$) соответствовали возрастной норме. Выявлена обратная корреляция степени тревожности с возрастом ($r = -0,7$). Установлена прямая корреляция продолжительности заболевания с наличием депрессии ($r=0,6$).

Выводы. Дети с ЛСГ имеют нарушения психоэмоционального статуса в 95% ($n=48$), среди них высокий уровень тревожности выявлен у 52,9%

($n=27$). Когнитивные расстройства выявлены в 28,6% ($n=12$) при оценке способности к логическому мышлению, обобщению и абстрагированию, в 40,5% ($n=17$) при определении объема кратковременной памяти и уровня активного внимания, в то время как в группе ОС без поражения лица расстройства психоэмоционального статуса встречались у 79% ($n=27$) детей, среди них высокий уровень тревожности встречался значительно реже, чем в основной группе. Полученные данные позволяют расценивать локализацию очага склеродермии на лице и голове, как фактор, негативно влияющий на психоэмоциональный статус. При этом психологические расстройства у подростков, в том числе тревожность, были достоверно выше, чем у детей младшего возраста. С целью своевременной коррекции выявленных расстройств эмоциональной сферы предлагается включение блока психотерапевтической помощи в комплекс лечения заболевания.

НЕАЛКОГОЛЬНЫЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

**Павловская Е.В., Строкова Т.В., Багаева М.Э., Zubovich А.И.,
Таран Н.Н., Шавкина М.И.**

*Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
«Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии
и безопасности пищи», Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования «Российский
национальный исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва*

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – наиболее распространенная коморбидная патология при ожирении, которая в педиатрической практике часто остается нераспознанной. При отсутствии лечения НАЖБП может прогрессировать с развитием неалкогольного стеатогепатита (НАСГ), фиброза и цирроза печени. Тактика диагностики и лечения НАСГ у детей остается дискуссионным вопросом в современной педиатрии.

Цель исследования: изучить частоту и структуру НАЖБП при ожирении у детей в зависимости от возраста.

Материалы и методы. В отделении педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» обследовано 1196 детей с ожирением ($SDS\ ИМТ \geq 2,0$) в возрасте 3–17 лет, девочки – 55,9%. Дети были разделены на группы в зависимости от возраста: 1 группа ($n=30$) – 3–6 лет, 2 группа ($n=244$) – 7–10 лет, 3 группа ($n=592$) – 11–14 лет, 4 группа ($n=329$) – 15–17 лет. Медиана $SDS\ ИМТ$ в 1 и 2 группах (4,30 [3,44; 6,02] и 3,18 [2,67; 3,82] соответственно) была статистически значимо выше, чем в 3 и 4 группах (2,96 [2,59; 3,45] и 3,04 [2,58; 3,60] соответственно). Всем детям проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и биохимический анализ крови с определением уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспаратаминотрансферазы (АСТ), исключены вирусные и метаболические заболевания печени. НАЖБП у детей с ожирением диагностировали при выявлении ультразвуковых признаков стеатоза печени, стадию НАСГ регистрировали при превышении референтных значений АЛТ и АСТ, $АЛТ > АСТ$.

Результаты. НАЖБП диагностирована у 592 (49,4%) обследованных детей, из них в стадии НАСГ – у 133 (22,5% детей с НАЖБП). Частота НАЖБП при ожирении увеличивалась с возрастом пациентов и составила 23,3% среди детей 3–6 лет, 36,1% у детей 7–10 лет, 50,5% у детей 11–14 лет и 60,8% у подростков 15–17 лет, различия частоты статистически значимы. Вместе с тем, доля НАСГ в структуре НАЖБП у пациентов разного возраста не имела статистически значимых различий и составила 14,3% в 1 группе детей, 22,7% во 2 группе, 19,9% в 3 группе и 26,5% в 4 группе обследованных. Выявлена достоверная корреляция уровня АЛТ с показателем окружности живота, уровнем

общего холестерина, триглицеридов и инсулина, которая, однако, не обладала достаточной силой, таким образом, высокая частота НАСГ среди дошкольников и младших школьников не может объясняться более выраженным ожирением.

Выводы. Ожирение у детей всех возрастных групп часто осложняется НАЖБП, у значительного числа пациентов – с развитием НАСГ. Высокая частота НАСГ в младших возрастных группах указывает на гиподиагностику НАЖБП и отсутствие адекватной ее коррекции. Своевременная диагностика НАЖБП при ожирении у детей и активная терапевтическая тактика позволяют улучшить прогноз заболевания и качество жизни пациентов.

СЕМЕЙНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЛИПОПРОТЕИНЛИПАЗЫ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Павловская Е.В.

Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Введение. Семейная недостаточность липопротеинлипазы – редкое аутосомно-рецессивное заболевание с частотой встречаемости менее 1%, вызванное мутациями в гене LPL и сопровождающееся гиперхиломикронемией. Недостаточная активность или отсутствие липопротеинлипазы приводит к формированию гиперлипидемии I типа. Заболевание обычно манифестирует на 1 году жизни периодическими абдоминальными болями, гепатоспленомегалией, выраженный хилез сыворотки крови влечет недостоверные показатели клинического и биохимического анализов крови. При тяжелой гипертриглицеридемии существует высокий риск развития острого панкреатита.

Цель: продемонстрировать значение диетотерапии при лечении детей с наследственными нарушениями липидного обмена.

Материалы и методы: общеклинические, биохимические, молекулярно-генетические методы обследования, способы диетологической коррекции.

Результаты. Мальчик от II беременности (брак близкородственный), протекавшей на фоне гестационного сахарного диабета, хронической фетоплацентарной недостаточности, от I срочных самостоятельных родов. Масса тела при рождении 2950 г, длина 49 см. Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. С рождения смешанное вскармливание. Психомоторное развитие по возрасту. Впервые повышение уровня общего холестерина до 17 ммоль/л, триглицеридов до 129 ммоль/л, гемоглобина до 219 г/л, С-реактивный белок до 288 мг/дл, электролитный дисбаланс выявлены на 2 неделе жизни при обследовании по поводу синдрома угнетения сознания, мышечной гипотонии, гипорефлексии. С 2 мес. – появление мигрирующих множественных ксантом на лице. С 5 мес. наблюдается в ФИЦ питания и биотехнологии. При обследовании: физическое развитие среднее, гармоничное (Z-score масса/рост -0,99), гепатомегалия до +3 см из-под края реберной дуги, спленомегалия до +4,5 см. На момент госпитализации получал смесь на основе цельного белка коровьего молока, энергетическая ценность рациона была снижена до 74 ккал/кг/сут за счет дефицита потребления всех макроэлементов. При обследовании: общий холестерин 11,5 ммоль/л, триглицериды 75 ммоль/л, при электрофорезе липидов выявлена гиперхиломикронемия до 70% (гиперлипидемия I типа). Ультразвуковые признаки выраженных диффузных изменений паренхимы печени по типу жирового гепатоза. По результатам молекулярно-генетического обследования в гене LPL в экзоне 6 гена обнаружена замена с.829 G>A в гомозиготном состоянии. Ребенок переведен на лечебную энтеральную смесь с содержанием среднепечочных триглицеридов 50% от общего количества жиров,

калорийность рациона увеличена до возрастных норм. Уже в течение 7 дней отмечается значительное улучшение клинико-лабораторных показателей: уменьшение количества ксантом, снижение холестерина до 7,2 ммоль/л, триглицеридов до 47,8 ммоль/л. Рекомендовано введение прикорма начиная с круп, овощного, фруктового пюре, нежирных сортов мяса и рыбы; назначение урсодезоксихолевой кислоты 20 мг/кг/сут, витаминов, метаболического комплекса. При повторной госпитализации в возрасте 1 года физическое развитие среднее, гармоничное (Z-score масса/рост +0,27), кожных ксантом нет, сохраняется гепатоспленомегалия, в биохимическом анализе крови снижение уровня триглицеридов до 6,85 ммоль/л, гиперхиломикронемии до 32%, сохраняются ультразвуковые признаки жирового гепатоза. Суточное потребление жиров соответствует возрастным потребностям (44 г/сут), отмечается гипокалорийность рациона за счет снижения потребления белков и углеводов. Для увеличения калорийности рациона и улучшения моторики кишечника увеличен объем крупяного прикорма, добавлены отруби. **Выводы:** рацион детей с семейной недостаточностью липопротеинлипазы должен соответствовать возрастным потребностям по основным макроэлементам для обеспечения адекватного развития ребенка. С целью снижения образования хиломикрон рекомендуется ограничение потребления насыщенных жиров и дополнительное введение среднепечочных триглицеридов, не требующих участия липопротеинлипазы в процессе их переваривания. Детям с семейной недостаточностью липопротеинлипазы необходимы контроль показателей фактического питания, физического развития, липидограммы для проведения своевременной коррекции рациона.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ОБУЧЕНИЯ

Панина О.А., Бабченко Е.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Актуальность. В настоящее время сохранение и укрепление здоровья детей и подростков является приоритетной социальной задачей общества, поскольку большие нагрузки в школе происходят на фоне незавершенного морфогенеза, гетерохронности развития и недостаточной зрелости основных функциональных систем организма, являясь одной из причин ухудшения здоровья. За последние годы среди обучающихся общеобразовательных школ значительно ухудшились показатели физического развития, полового созревания, повысилась заболеваемость. Как известно, на здоровье школьников оказывает влияние комплекс социально-экономический и других факторов, среди которых важнейшая роль принадлежит учебной нагрузке.

Цель. Проанализировать особенности формирования отклонений в состоянии здоровья школьников с целью определения объема и направлений профилактики факторов риска как основы здоровьесбережения.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные физического развития школьников с точки зрения темпов созревания и гармоничности их морфофункционального состояния показал, что наибольшее число гармонично развитых учащихся отмечено среди 7–8-летних детей (70,7–79,1%). Доля мальчиков с гармоничным развитием с возрастом уменьшалась незначительно: с 73,7% в 1-м классе до 59,8–60,2% – в 9-м классе. Доля девочек с гармоничным морфофункциональным состоянием к этапу предметного обучения в различных образовательных учреждениях уменьшилась на 10–15%. В общеобразовательной школе зарегистрировано в 1,8 раз больше 15–16-летних девочек с дисгармоничным статусом (преимущественно за счет избытка массы



тела), чем в лицее. В выпускных классах мальчиков с дисгармоничным развитием (за счет дефицита массы тела) наблюдались больше среди учащихся лицея (25,2%), чем среди выпускников общеобразовательной школы (17,4%). Анализ состояния здоровья детей, поступивших в общеобразовательные учреждения, показывает, что уровень здоровья первоклассников практически одинаков во всех учреждениях. В настоящее время среди учащихся 1-х классов здоровыми являются не более 12% детей, различные функциональные нарушения имеют 50% школьников, хронические болезни – 38%. Результаты комплексной оценки состояния здоровья учеников старших классов свидетельствуют, что в школе-лицее по сравнению с общеобразовательной школой значительно ниже процент лиц, являющихся абсолютно здоровыми (2,3% vs 10,1%). Кроме того, число подростков, имеющих только функциональные нарушения, также существенно меньше (24,3% vs 38,8%). Соответственно, в школах с интенсивным обучением выше процент учащихся, страдающих хроническими заболеваниями (74,3% vs 51,1%). При сравнительном анализе заболеваемости было установлено, что в школе-лицее распространенность различных расстройств здоровья у старшеклассников значительно выше, чем в общеобразовательной школе: частота функциональных отклонений в 1,7 раза, хронических заболеваний в 1,6 раза. Проведенное нами исследование выявило, что в общеобразовательной школе 43,1% учащихся имеют 1–2 заболевания и 34,7% – 3–4, в то время как в школе – лицее у 42,9% старшеклассников выявляется 3–4 заболевания и у 30,5% – 5–6. Кроме этого, в школе-лицее почти у 7% учеников диагностировано 7–8 и более различных расстройств здоровья.

Выводы. Таким образом, большая суммарная учебно-воспитательная нагрузка в сочетании с 5-дневной учебной неделей, недостаточной двигательной активностью, сокращением продолжительности сна и пребывания на свежем воздухе приводит не только к переутомлению детей, снижению их адаптационных возможностей, но и к повышению невротизации, которая в комплексе с неблагоприятными средовыми и биологическими факторами способствует формированию клинически выраженных расстройств здоровья – функциональных нарушений и хронических заболеваний. Современная педагогика должна стать здоровьесберегающей, направленной на приоритет здоровья среди других направлений воспитательной работы школы.

ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Панина О.А., Бабченко Е.С., Жукова И.Э.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж

Актуальность. Эпизоды ОРИ у детей с аллергическими заболеваниями характеризуются более тяжелым и пролонгированным течением. Это связано с иммунологическими особенностями патогенеза аллергических процессов: угнетение фагоцитарной активности макрофагов, повышенный синтез иммуноглобулина E (IgE) и угнетение образования иммуноглобулина A (IgA), интерлейкина-2 (IL-2), др. Негативные изменения отмечаются и со стороны местного иммунитета слизистых дыхательных путей, которое определяется состоянием лимфоидной ткани, уровнем и активностью секреторного IgA (sIgA), антимикробных пептидов (лактоферрина), др. В связи с этим целью исследования явилось изучение состояния местного иммунитета верхних дыхательных путей и изучение эффективности иммунокорректирующей терапии в реабилитационном комплексе рекуррентных инфекций у подростков. Результаты. Под наблюдением находились дети 10–15 лет, имеющие в

анамнезе рецидивирующие ОРИ (не менее 9 эпизодов ОРИ за год) на фоне аллергических заболеваний (атопического дерматита, ринита и т.д.). Были сформированы две группы: основная (1 группа – 23 человека) и контрольная (2 группа – 28 пациентов). Средний возраст детей 1 группы составил 12,8–0,83 лет. Статистически значимых различий в распределении по возрасту и полу в группах не определялось. 1 группы дополнительно принимали иммунокорректирующие препараты. У этих детей за период наблюдения было зарегистрировано 3 эпизода ОРИ (17 случаев во 2 группе, $p < 0,05$) в виде острого назофарингита легкого течения. Иммунологические показатели в основной группе имели прогностически положительную тенденцию: общий IgE крови к концу 2 месяца наблюдения снизился с 90,3 ЕД/мл – 52,1 ЕД/мл до 71,1 ЕД/мл – 27,4 ЕД/мл ($p < 0,05$), концентрация sIgA слюны в конце 4 месяца выросла в 2,7 раза, лизоцима слюны – в 1,5 раза больше, чем в контрольной группе. Относительное содержание эозинофилов в общем анализе крови нормализовалось на 60 день лечения. Выводы. Таким образом, реабилитационный комплекс с применением иммунокорректирующей терапии показал высокую эффективность, что связано с регулирующим влиянием как в отношении инфекционного иммунитета, так и аллергических механизмов.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С НФМК-СИНДРОМОМ

Панина О.А., Матасова Ю.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж

Актуальность. В последние годы наметилась тенденция активизации энтеровирусной инфекции в мире, о чем свидетельствуют постоянно регистрируемые в разных странах эпидемиологические подъемы заболеваемости. Клиническая картина при разных типах энтеровирусов сильно различается. Энтеровирусом типа А-16 вызывается так называемый НФМК-синдром (Hands-FussMund-Krankheit). В России вирус серотипа Коксаки А16 зарегистрирован в 2009–2011 годах в Мурманской области, в 2010 году в Новгородской области, в 2012 году в Ленинградской области. Данные филогенетического анализа позволяют предположить, что энтеровирус Коксаки А16 был занесен в СЗФО из различных источников. Цель. Изучение эпидемиологических, клинико-лабораторных особенностей течения энтеровирусной инфекции А16 с НФМК-синдромом в Воронежской области.

Материалы и методы. В ходе исследования нами было изучено 14 историй болезни пациентов с диагнозом энтеровирусной инфекции с НФМК-синдромом, находившимися на лечении в БУЗ ВО ВОКИБ. Изучались эпидемиологические, клинические и лабораторные данные (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови). Результаты. При изучении эпидемиологических данных, было установлено, что 3 пациента в начале мая прибыли из Таиланда, 2 пациента были в Египете, 1 пациентка – заболела после туристической поездки в Японию, 1 – вернулась из Турции. При изучении клинических проявлений у больных с НФМК-синдромом выявлено следующее: признаки интоксикации в виде выраженной общей слабости, недомогания, головной боли, умеренной миалгии наблюдались в 40% случаев, температура до 37,50С отмечалась у 47% больных, более 380С – у 20% пациентов. У больных с НФМК-синдромом в 84% случаев отмечались единичные афты, размером до 1–2 мм, располагающиеся на слизистой оболочке щек и на языке. Боли в горле различной интенсивности отмечались у 60% больных, гиперемия зева – у 73% пациентов, снижение аппетита – в 13% случаев, кожный зуд по всему телу – в 7%, боли и зуд в

области стоп отмечался у 47% больных, боли и зуд в кистях рук – у 40%. Жидкий стул (не более 3 раз в сутки) выявлен у 7% пациентов. Сыпь в виде небольших везикул, приподнимающихся над поверхностью кожи, заполненных серозным содержимым и окруженных небольшим венчиком гиперемии, диаметром 1–5 мм отмечались в области плеча и предплечья – у 7% больных, на кистях обеих рук и на стопах – в 93% случаев, на лице, спине и животе – в 20%, увеличение периферических лимфоузлов и небных миндалин – у 53% пациентов. Исследование данных общего анализа крови у больных с НФМК-синдромом выявлено: снижение гемоглобина ниже нормы у 40% пациентов, уменьшение количества эритроцитов – у 13%, лейкопения у 73%, лейкоцитоз у 27% больных. В лейкоцитарной формуле крови изменения выявлены следующие: нормальные значения сегментоядерных лимфоцитов были только у 26% пациентов, тогда как у остальных выявлено снижение или увеличение количества этих клеток в равной пропорции. Наличие абсолютной лимфопении у большей части больных является косвенным признаком иммунодефицитного состояния, что требует особого внимания при назначении иммунокорректирующей терапии. Увеличение количества тромбоцитов отмечено у 13%, увеличение СОЭ – у 40% больных, увеличение индекса интоксикации – у 53% больных. При изучении биохимических показателей выявлено, что у 6% пациентов отмечается повышение тимоловой пробы и уровня АлАт. В 7% случаев отмечалась непереносимость глютенa. Гипергликемия крови у больных энтеровирусной инфекцией с НФМК-синдромом выявлена у 47% больных. Выводы. Инфицирование больных энтеровирусной инфекцией с НФМК-синдромом в 50% случаев произошло за пределами РФ, и они, в свою очередь, явились в ряде случаев источником инфекции для граждан РФ. Клиническое течение этого заболевания часто сопровождается достаточно выраженной интоксикацией, со значительными изменениями в общем анализе крови, что подтверждается результатами исследования индекса интоксикации крови. Практически в половине случаев заболевания выявлено повышение уровня глюкозы крови, что косвенно свидетельствует о поражении поджелудочной железы.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ ПРЕМОРБИДНОЙ (САНОГЕНЕТИЧЕСКОЙ) ТЕРАПИИ

Панков Д.Д., Панкова Т.Б.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова Минздрава РФ», Москва

Длительное время нами разрабатываются принципы селективного подхода к лечению людей на преморбидном этапе расстройства здоровья (1987–2019 гг.). Полагаем, что это один из весьма эффективных и экономных способов предотвращения заболевания. При этом у нас сложилось концептуальное представление о предпочтительной на этом этапе тактике выбора терапии. Оно основано на существующих у патофизиологов взглядах о процессе противоборства между саногенетическими и патогенетическими механизмами, как факторе, определяющем уровень здоровья-нездоровья человека. Мы считаем, что на преморбидном этапе этого противоборства сначала целесообразно назначение средств, синергично взаимодействующих с адаптивными механизмами и саногенезом. И только в случае отсутствия желаемого эффекта наступает очередь патогенетической терапии. Главная сложность в реализации данного подхода – распознавание саногенетических механизмов в условиях малосимптомности преморбидных состояний и преобладания на этом этапе субъективных симптомов над объективными. Но на сегодняшний день мы научились дифференцированно интерпретировать даже субъективные симптомы, существенно углубив диагностику как на уровне данных пропедевтического осмотра, так и

за счет привлечения современного диагностического оборудования. И, отталкиваясь от полученной информации, опираясь на знания фармакодинамики, фармакокинетики и хронофармакологии препаратов, направленно подбирать индивидуальную терапию. Единственное что нужно, чтобы все это реализовать на пользу пациенту – хороший, вдумчивый врачебный анализ на базе фундаментальных знаний. В качестве примера можем привести одно из наших исследований, посвященных часто болеющим детям (ЧБД). В основе этого исследования лежало понимание того, что частые заболевания у ЧБД могут быть не только результатом ЛОР-патологии, но и следствием ослабления активности саногенеза на уровне лимбической системы [Панков Д.Д., Ковригина Е.С., Ключникова И.В., 2015]. Это может происходить по следующей цепочке: риниты ведут к снижению активности рецепторов слизистой носа, что уменьшает индуцируемый ими поток афферентных импульсов в направлении лимбической коры головного мозга, что, в свою очередь, вызывает дезадаптацию и ослабление саногенетических свойств организма. В результате возникают рецидивы ОРЗ в виде ринитов. Само собой, напрашивалась идея о целесообразности «разорвать» этот порочный круг с помощью препарата, усиливающего активность лимбической системы. Учитывая, что речь идет о контингенте детей и проблеме с обонянием, наиболее подходящими здесь могут быть средства с ароматерапевтическим эффектом.

Целью этой работы было сравнить эффективность профилактики ОРЗ у ЧБД стандартными средствами и средствами, включающими ингаляцию эфирными маслами (полагая наличие у них возможность стимулировать через рецепторы обонятельного нерва саногенетическую систему). Пациенты и методы. Исследование проводилось на базе дневного стационара детской городской поликлиники г. Москвы. Под наблюдением находился 101 ребенок в возрасте от 5 до 11 лет (средний возраст составил 7 лет), из них 57 (56,5%) – мальчики и 44 (43,5%) – девочки. В ходе рандомизации все пациенты были разделены на основную (51 ребенок) группу, в которой в комплекс стандартных профилактических мероприятий были включены ингаляции ароматерапевтическим препаратом, представляющим собой комбинацию нескольких эфирных масел, и контрольную (вошли 50 пациентов) группу, в которой терапия проводилась без ингаляций. Результаты и их обсуждение. В означенный период ОРЗ перенесли 29 детей, из них 10 пациентов основной и 19 пациентов контрольной группы. То есть среди часто болеющих детей, получавших ингаляции, 41 человек (81,5% от группы) не болели в течение всего периода наблюдения. Среди пациентов, получавших альтернативную терапию, не болевших было 62% от группы. При оценке тяжести течения возникших ОРЗ в основной группе отмечалось легкое течение в 70% случаев, в контрольной группе – только у 47% заболевших. Родители половины пациентов, получавших ингаляционную терапию, описывали стабилизацию настроения ребенка. Четверть родителей детей, рандомизированных в основную группу, зафиксировали нормализацию сна у своих детей. Эти эффекты также можно было связать с воздействием ароматерапии на лимбическую систему. Таким образом, применение ингаляционной ароматерапии при профилактике ОРЗ выявило более заметные тенденции к укреплению здоровья в группе ЧБД по сравнению с другой такой же группой, но где ингаляции не использовались.

СЕЛЕКТИВНЫЙ ВЗГЛЯД НА МАСКИ ПРЕМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ

Панков Д.Д.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова, Москва

Преморбидное (пре – предшествующие, morbus (лат.) – заболевание) состояние – это этап развития патологии, которая предшествует морбидной стадии, т.е. возникновению основной картины заболевания. Существова-



ние преморбидной стадии возможно благодаря тому, что какое-то время дальнейшему развитию патологического процесса могут препятствовать механизмы адаптации и саногенеза. Если у них получается эффективно противостоять патогенезу, то болезненный процесс завершается на преморбидном этапе, и проблемы человека ограничиваются периодом относительно легкого недомогания. Поэтому чем выше активность этих механизмов, тем это лучше для поддержания здоровья человека. Но есть и условно отрицательная сторона – напряженные адаптация и саногенез также отрицательно сказываются на самочувствии человека. И этими проявлениями они могут заслонять, а, по сути, маскировать симптоматику, индуцируемую патогенезом. Это дает основание говорить о данных проявлениях, как о «преморбидной маске» состояния, затрудняющей распознавание патогенеза. А разобраться в том, что в самочувствии связано с действием защитных сил, а что с патогенезом, необходимо для выбора тактики лечебно-профилактических мероприятий, которая может быть основана либо на укреплении саногенеза, либо на противодействии патогенезу. Поэтому задача разобраться с тем, какой вклад в формирование состояния пациента сделали защитные механизмы, а какой – патогенез, очень важна с точки зрения правильного выбора средств превентивной терапии. В первом случае мы выбираем средства, имеющие функциональную направленность, синергичную защитным механизмам организма. Мы их обозначаем как саногенные. Во втором случае останавливаемся на классической этиопатогенетической терапии с целью затормозить патогенетический процесс. Причем выбор саногенной терапии на этапе преморбиды может во многих случаях оказаться предпочтительным в силу близости к физиологическим процессам, а потому меньшей выраженности побочных эффектов, чем чревата патогенетическая терапия.

Целью нашей работы было исследовать семиотику самых ранних проявлений заболевания и сформировать представления о тех ее слагаемых, которые связаны с адаптивными и саногенетическими механизмами (составляющими, условно говоря, маску преморбидных состояний, нередко конкурирующую по выраженности на начальных этапах заболевания с проявлениями патогенеза). Для этого был использован накопленный за многие годы практики материал наблюдения за более чем одной тысячей пациентов различного пола и возраста, систематизированный с учетом особенностей субъективной и объективной симптоматики в дебюте заболевания, с учетом анамнеза, данных объективного обследования и динамического наблюдения. В результате проведенной работы удалось выявить ряд масок преморбидных состояний и сформировать ориентированные на них рекомендации по саногенной терапии (направленной на поддержку адаптивных и саногенетических механизмов), обеспечивающей селективный и щадящий подход к профилактике морбидизации патологического процесса (т.е. формированию развернутой клинической картины болезни). Данный подход доказательно продемонстрировал свою эффективность и перспективность. В рамках этой работы сложился новый практический подход к оценке адаптационных резервов организма, позволяющий оценить возможность и перспективу воздействия на адаптационные и саногенетические механизмы с позиции предпочтительности в каждом конкретном случае саногенной терапии перед патогенетической терапией. Возникла отчетливая необходимость учитывать то, что человек представляет собой метаорганизм, состоящий как из макроскопического хозяина (с одной стороны), и из его симбиотической микробиоты (с другой стороны), функционирующих на оси: ЦНС → ВНС → микробиота → иммунная система. Выяснилось, что ранние стадии формирования сосудисто-мозговой патологии имеют свою заметную специфику, отличающую их от того, что наблюдается на более поздних стадиях. Она заключается в определенных обстоятельствах, каждое из которых позволило нам сформулировать четыре постулата, касающихся своеобразия преморбидных состояний у этих пациентов, имеющие, в том числе, и прямое отношение к выбору лечебно-профилактических мероприятий.

ТРАНЗИТОРНОЕ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ У НОВОРОЖДЕННОГО С СИНДРОМОМ ДАУНА, С ПОДТВЕРЖДЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА GATA1

Петрова В.И., Пилипенко Ю.Н., Безнощенко А.Г., Платонов А.И., Кривоногов И.И.

Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова, Областная детская клиническая больница имени Н.В. Дмитриевой, Рязань

Актуальность. Синдром Дауна – самая распространенная хромосомная аномалия. Каждый 10 ребенок с синдромом Дауна имеет транзиторный аномальный миелопоэз (ТАМ). В 90% случаев у них подтверждается мутация гена GATA1. Мутация гена GATA1 повышает риск развития острого лейкоза в первые 5 лет жизни.

Цель исследования. Представить клинический случай ТАМ у новорожденного с синдромом Дауна, с подтвержденной мутацией гена GATA1. Описание клинического случая. Матери 23 года. В 13–14 недель по УЗИ выявлены признаки хромосомной аномалии плода. 34 недели – лечение в ГБУ РО ОКПЦ: многоводие, инфекция половых путей, плацентарные нарушения. Роды 1, самопроизвольные, 37–38 недель. Родился живой мальчик со средними данными антропометрии. С рождения состояние средней степени тяжести за счет кардио-респираторных нарушений. В связи с нарастанием кардио-респираторных расстройств на 8 день жизни переведен в АРО ГБУ РО «ОДКБ им. проф. Н.В. Дмитриевой». Состояние ребенка отягощалось выраженным отеочным синдромом, гидроперикардом, гепатоспленомегалией. Результаты обследования. В гемограмме обращала на себя внимание высокая концентрация бластов периферической крови – 32% на 11 день жизни. Обследование на инфекции из группы TORCH дало отрицательный результат. По данным цитогенетического исследования костного мозга патологии не выявлено. Выявлена мутация гена GATA1. По критериям интерпретации патогенный, очень сильный. Мальчик консультирован онкологом: Транзиторный аномальный миелопоэз у ребенка с синдромом Дауна (лейкемоидная реакция бластного типа). Таким образом, окончательный диагноз: Неонатальный сепсис: пневмония тяжелое течение, системный воспалительный ответ. Полиорганная недостаточность: ДН III. Гидроперикард. Асцит. Синдром Дауна. Транзиторное миелопролиферативное состояние (лейкемоидная реакция бластного типа). ВПС: ДМЖП, ОО, НКО. Двусторонняя пиелозктазия. Перинатальное поражение ЦНС смешанного генеза, острый период, судорожный синдром в анамнезе. Анемия смешанного генеза. Ребенок получал лечение в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами, принятыми в неонатологии. На 63 день ребенок выписан домой с нормализацией показателей гемограммы, в стабильном состоянии.

Выводы. 1. Транзиторный аномальный миелопоэз – редкий клинический симптомокомплекс, сопровождающий синдром Дауна. 2. Дети с синдромом Дауна и транзиторным аномальным миелопоэзом имеют мутацию гена GATA1. Следует учитывать интерпретацию агрессивности данного гена у конкретного пациента. 3. При обнаружении мутации гена GATA1 у ребенка с синдромом Дауна целесообразна консультация онколога.

АНЕВРИЗМА ВЕНЫ ГАЛЕНА (К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ)

Петрова В.И., Туккаева Н.Э., Боженова Л.В., Захарова Ю.В., Пилипенко Ю.Н., Шкурлатов С.Н.

Рязанский государственный медицинский университет, Областная детская клиническая больница имени Н.В. Дмитриевой, Рязань

Введение. Аневризматически расширенная вена Галена – редкий порок развития сосудов головного мозга, прогрессирование которого ведет

к задержке нервно-психического, физического развития, а также к стойкому нарушению качества жизни.

Цель. Выяснить зависимость между объемом диагностического поиска на ранних этапах и динамикой состояния.

Материалы и методы: девочка М., поступила в ГБУ РО ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой в возрасте 4 часов жизни. Из анамнеза матери: бесплодие в течение 8 лет, настоящая беременность 3, посредством ЭКО. С 28 недели беременности у матери диагностирована гипергомоцистеинемия, что является фактором риска нарушения ангиогенеза. В 38 недель у плода диагностирован врожденный порок развития – аневризма вены Галена. При поступлении состояние средней степени тяжести за счет неврологической симптоматики в виде снижения рефлекторной активности, умеренные респираторные нарушения.

Заключение: ВПР ЦНС – аневризма вены Галена (пренатально), синдром угнетения ЦНС.

Результаты и обсуждение: был проведен ряд исследований. При нейросонографии выявлено резкое расширение вены Галена до 11 мм, сочетанные пороки сердца: ДМЖП, ДМПП, АДЛВ? Дилатация правых отделов сердца, легочная гипертензия, кардиомегалия. В динамике, на 6 день жизни отмечается эпизод малого сердечного выброса: одышка, тахипноэ, тахикардия, резкое снижение сатурации, что потребовало перевода ребенка в отделение реанимации. К 14 дню жизни отмечается отек тканей головного мозга, также расширение вен Розенталя с 2 сторон, при ЭХОКГ нарастание дилатации полостей сердца, легочная гипертензия. По достижению стабилизации состояния ребенок направлен в НИИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева в возрасте 1 мес для верификации множественных пороков развития. Проведено нейрохирургическое вмешательство в виде 2-этапной эмболизации афферентных сосудов вены Галена в условиях НИИЦ нейрохирургии им. Бурденко, а также радикальная коррекция врожденного порока сердца в НИИЦ ССХ им. Бакулева к возрасту 10 мес. В настоящее время девочке год и 1 месяц. Ее физическое развитие соответствует 9 месяцам, а нервно-психическое развитие – 4–5 месяцам жизни.

Выводы. Аневризма вены Галена – редкий врожденный порок развития центральной нервной системы с неблагоприятным прогнозом. Клинически порок может имитировать и дебютировать с синдрома малого сердечного выброса, а также создавать ложное представление о причине тяжелого состояния ребенка за счет НК, особенно в случае сочетания с имеющимся ВПС. Пренатальная диагностика в максимально возможном раннем сроке гестации является ключевым моментом для решения вопроса о сохранении беременности и разработки постнатального алгоритма ведения и лечения пациента.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА

Петрова Ю.В., Безносова Л.А., Королева Д.Р., Лотоцкая П.С., Колотилина А.И., Мунблит Д.Б., Корсунский А.А., Смирнова Г.И.
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения РФ (Сеченовский университет), Детская городская клиническая больница № 9 имени Г.Н. Сперанского, Москва

Актуальность. Постановка диагноза «бронхиальная астма» в раннем возрасте представляет собой определенную сложность, так как маленькие дети не могут осуществить необходимые дыхательные маневры при проведении диагностических тестов, а существующие инструментальные методы, применение которых возможно у детей младшего возраста, доступны в высокоспециализированных академических заведениях. Для выявления наиболее уязвимых групп детей с высоким риском развития бронхиальной астмы в мировой клинической практике используются и

разрабатываются стратегии, приводящие к активному росту исследований, направленных на разработку предиктивных моделей развития бронхиальной астмы.

Цель. Сформировать адаптированный к популяции Московского региона прогностический инструмент, позволяющий определить вероятность развития бронхиальной астмы у детей из группы высокого риска по этому заболеванию с учетом международного опыта.

Материалы и методы. Проведен скрининг 1098 историй болезни детей, поступивших в ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского, ДГКБ им. З.А. Башляевой, Клиническую инфекционную больницу № 1 по поводу обструктивного бронхита в возрасте 14–47 месяцев за период 2013–2014 гг. 382 из 1098 родителей согласились пройти интервью, а также был проведен детальный анализ данных историй болезни. Была проведена валидация двух разновидностей предиктивного индекса астмы (API): строгий и свободный на основании полученных данных. К большим критериям API относят наличие бронхиальной астмы у родителей пациента, атопический дерматит у ребенка; к малым критериям API относят аллергический ринит у ребенка, наличие бронхообструкции вне вирусной инфекции, эозинофилия крови ≥ 4 . Строгий предиктивный индекс API положительный при следующих условиях: ранние частые обструкции (≥ 3 по шкале от 1 (очень редко) до 5 (большую часть времени)) + минимум 1 большой критерий/2 малых критерия. Свободный предиктивный индекс API положительный при следующих условиях: ранние обструкции (хотя бы 1 эпизод бронхообструкции в первые 3 года жизни) + минимум 1 большой критерий/2 малых критерия.

Результаты. Из 382 участников исследования бронхиальная астма была диагностирована у 54 детей. Возраст на момент госпитализации (медиана) – 30,5 месяцев. На момент опроса – 89 месяцев соответственно. Статистически значимой разницы между детьми, у которых диагностирована бронхиальная астма к возрасту 6–8 лет, и детьми без симптомов бронхиальной астмы выявлено не было. Свободный API показал следующие параметры предиктивности: чувствительность – 65,2%, специфичность – 62,5%, положительная прогностическая значимость (ППЗ) – 21,9%, отрицательная прогностическая значимость (ОПЗ) – 91,8%. Строгий предиктивный индекс API характеризовался следующими предиктивными способностями: чувствительность – 50%, специфичность – 82,1%, ППЗ – 31,1%, ОПЗ – 91,1%.

Выводы. Проведена валидация предиктивного индекса астмы API в популяции Московского региона. Предиктивная способность сравнима с оригинальным исследованием несмотря на то, что в нашем исследовании были использованы пациенты из группы высокого риска.

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ СМЕСИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Пискун Т.А., Жданок А.А., Бовбель И.Э.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Пищеварительная система детей первого года жизни имеет ряд анатомо-физиологических особенностей, способствующих возникновению в этом возрасте функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (ФН ЖКТ). По данным различных авторов, ФН ЖКТ отмечаются у 50–80% младенцев этой возрастной группы. Наиболее часто встречаются синдром срыгивания, кишечные колики и функциональный запор. Очень часто наблюдается сочетание различных синдромов ФН ЖКТ. Одним из основных методов коррекции и лечения ФН ЖКТ является диетотерапия. По разным причинам младенцы нередко находятся на искусственном вскармливании, поэтому для коррекции ФН ЖКТ необходимо рекомендовать высокоадаптированные молоч-



ные смеси, содержащие функциональные компоненты, пребиотики и пробиотики, а также загустители. Кроме того, часто ФН ЖКТ могут быть проявлением пищевой непереносимости, что требует назначения лечебных гипоаллергенных смесей. Методы коррекции должны быть адекватными: доступными практическому врачу и не имеющими выраженных побочных осложнений. В распоряжении педиатров находится широкий ассортимент различных смесей для коррекции ФН ЖКТ у детей, однако нередко их правильный выбор вызывает затруднения из-за сложности дифференциальной диагностики, позднего обращения к педиатру, самостоятельных попыток родителей подобрать смесь.

Цель: на основании опроса родителей установить принцип выбора смеси у детей с ФН ЖКТ. Задачи: 1. Уточнить причины перевода на смешанное или искусственное вскармливание. 2. Уточнить причины смены смеси, а также принципы ее выбора. 3. Изучить осведомленность родителей об аллергии к белку коровьего молока у детей. 4. Оценить частоту гастроэнтерологических жалоб у детей с аллергией к белку коровьего молока.

Материал и методы. Были опрошены матери 24 детей, в возрасте до 12 месяцев, находившихся на искусственном или смешанном вскармливании, госпитализированных в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» и УЗ «4-я городская детская клиническая больница» с диагнозом ОРИ. У 14 из 24 детей (58,3%) были проявления атопического дерматита (АД), в связи с чем матери этих младенцев были анкетированы по шкале CoMiSS.

Результаты. Среди опрошенных преобладали мальчики 15 (62,5%). Средний возраст детей составил $6,3 \pm 3,7$ месяцев. Большинство (60%) детей получали искусственное вскармливание, остальные находились на смешанном. Причиной введения смеси в рацион в 80% случаев было отсутствие или нехватка грудного молока. По совету педиатра смесь ввели только 62,5% матерей, однако если ребенок имел проявления АД к совету врача прислушивалось большинство матерей (71,5%). Причиной смены смеси в подавляющем большинстве случаев послужили гастроэнтерологические проявления (75%). Среди них преобладали срыгивания (29%), колики и метеоризм были выявлены у 16,7% детей. Интересным представляется факт, что большинство родителей были осведомлены о существовании аллергии к белку коровьего молока (АБКМ), только 2 матери (8,3%) не знали об этом. 40% младенцев получали смесь «Беллакт Иммунис». Смена смеси потребовалась половине из опрошенных, при этом большинству из них (85,7%) смесь меняли более 2 раз. В целом 21% детей смесь меняли 1 раз, 12,5% – 2 раза, а 16,7% детей смесь менялась 3 и более раз. Младенцы с АД вскармливались смесями «Беллакт Иммунис», «Беллакт Оптимум», «Nestogen», «Беллакт AP», «Беллакт ГА», «FrisoPEP». Согласно анкетированию по шкале «CoMiSS», 4 из 14 (28,6%) детей с АД получили 12 и более баллов, что свидетельствует о высокой вероятности АБКМ и именно этим можно объяснить симптомы со стороны ЖКТ у этих младенцев. Однако только 2 ребенка (14,3%) с АД получали лечебную смесь «FrisoPEP», а 2 детей с максимальным количеством баллов получали обычные смеси («Беллакт Иммунис», «Nestogen»). Нарушения стула отмечались у 42,9% детей с АД (2 балла – 28,6%, 14,3% – 4 балла), срыгивания в 5 баллов оценивались у 14,3% младенцев, а плач максимально оценивался в 3 балла у 28,6% младенцев с АД.

Заключение. При возникновении ФН ЖКТ и необходимости выбора или смены смеси большинство родителей (62,5%) следуют совету врача, что свидетельствует о высокой степени доверия к его мнению. Единых подходов к коррекции ФН ЖКТ не существует, и тот факт, что, несмотря на высокую степень осведомленности родителей об АБКМ (91,7%), только 2 младенца с АД получали лечебную смесь, а большинству младенцев с АД (85,7%) смесь меняли более 2 раз, свидетельствует о необходимости повышения компетентности врача в вопросах диетотерапии.

СЕЗОННЫЕ КОЛЕБАНИЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Пискун Т.А., Прилуцкая В.А., Егорова Н.Ю.

*Белорусский государственный медицинский университет,
ООО Медицинский центр «ЛОДЭ», г. Минск*

На протяжении многих лет изучаются различные факторы, способные влиять на поступление и синтез витамина D в организме, однако наиболее значимыми по формированию недостаточности витамина D принято считать сезон года и географическую широту местности. Самые низкие концентрации кальцидиола у жителей северного полушария обнаруживаются в весенние месяцы года, когда полностью истощаются запасы витамина D, синтезированного предыдущим летом. Возраст также является важным фактором, влияющим на уровень витамина D. Дефицит витамина D наиболее часто выявляется у подростков и наименее распространен у младенцев, получающих обязательную его дотацию. Более высокое содержание сывороточного кальцидиола у грудных детей отражает особенности питания, большую осторожность педиатров к дефициту витамина D у детей первого года жизни и своевременную его коррекцию. Максимально низкая обеспеченность витамином D наблюдается среди детей второго и третьего года жизни. По данным литературы наиболее часто дефицит регистрируется в декабре и апреле и наименее часто в июне и июле. В связи с высокой распространенностью недостаточности витамина D детей всех возрастных групп, а также данными о различной обеспеченности витамином D в зависимости от сезона года мы решили изучить обеспеченность витамином D у детей первых двух лет жизни, обратившихся в ООО медицинский центр (МЦ) «ЛОДЭ». Цель исследования: изучить связь обеспеченности витамином D с временем года детей первых двух лет жизни, проходивших обследование в МЦ «ЛОДЭ».

Материал и методы исследования: были проанализированы показатели обеспеченности витамином D (по содержанию кальцидиола 25(OH)D в сыворотке крови) 225 детей первых 2 лет жизни, проходивших обследование в ООО МЦ «ЛОДЭ» (зав. лабораторией Кучинская Э.А.). Дефицит витамина диагностировался при уровне 25(OH)D < 20 нг/мл, недостаточность – при 21–29 нг/мл, а достаточное содержание – при уровне > 30 нг/мл.

Результаты. Было обследовано 225 детей. Различий по гендерному признаку не было: 101 (44,9%) девочка и 124 (55,1%) мальчика. Обследование проводилось по желанию родителей или рекомендациям педиатра для контроля эффективности приема профилактической дозы витамина D. Дефицит витамина D был установлен у 11 детей (4,8%), а недостаточность у 17 (7,6%) детей. Дефицит/недостаточность витамина D диагностированы у 16 (57,1%) девочек и у 12 (42,9%) мальчиков. Большинство (87,6%) детей первых двух лет жизни имели достаточную обеспеченность витамином D. Вероятно это связано с тем, что родители, обратившиеся за медицинской помощью в МЦ, были более осведомлены о роли витамина D, имели высокую приверженность к выполнению врачебных рекомендаций, и поэтому практически все обследованные дети получали профилактическую дозу витамина D. Достоверной разницы по частоте встречаемости дефицита/недостаточности витамина D у детей первого и второго года жизни не обнаружено ($\chi^2 = 1,389$, $p > 0,05$). Большинство обследованных детей были младше 12 месяцев 179 (79,6%). В этом возрасте и родители, и педиатры проявляют особую осторожность к обеспеченности витамином D, и практически все дети получают дотацию витамина D. В соответствии с целью нашей работы мы решили выяснить, зависит ли обеспеченность витамином D от сезона года. Достоверных различий по средним показателям содержания витамина D в зависимости от времени года установлено не было. Однако выяснилось, что летом

дефицит и недостаток витамина D встречаются значительно реже как по сравнению с зимой ($\chi^2 = 3,841$, $p < 0,05$), так и по сравнению с осенью ($\chi^2 = 6,635$, $p < 0,01$). В январе, феврале и ноябре дефицит и недостаточность витамина D встречались чаще всего (18,2%, 22,2% и 19,4% соответственно).

Заключение. Большинство (87,6%) обследованных детей первых двух лет жизни имели достаточную обеспеченность витамином D, что свидетельствует о высокой осведомленности родителей о необходимости приема профилактической дозы. Уровень витамина D подвержен сезонным колебаниям и наиболее часто недостаток витамина D встречался в январе, феврале и ноябре. Дальнейшие исследования необходимы для уточнения связи уровня инсоляции в течение каждого месяца и обеспеченности витамином D, а также влияния на обеспеченность витамином D таких факторов как сопутствующая патология, вид вскармливания, социальный статус, образование родителей.

СВЯЗЬ ОЖИРЕНИЯ И ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У СОВРЕМЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Подсеваткин В.Г., Кирюхина С.В., Кукина Г.Н., Колмыкова Н.А.
Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева,
медицинский институт, Саранск*

Ожирение – серьезная проблема здравоохранения во всем мире, по данным ВОЗ в 2006 году, особенно в европейских странах. Дефицит витамина D является пандемией, связанной с различными заболеваниями по данным Национальной программы «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции» (2018 г). В настоящее время ожирение рассматривается как один из факторов риска дефицита витамина D. Очевидно, что наиболее выраженный дефицит витамина D испытывают лица, страдающие морбидным ожирением по И. Захаровой и группы авторов (2019 г.). В последние годы были проведены многочисленные исследования по оценке распространенности дефицита витамина D в различных группах населения, однако, механизмы взаимосвязей между ожирением и дефицитом витамина D, изучены не достаточно. В связи с этим, цель данного исследования заключалась в определении степени влияния дефицита витамина D на развитие ожирения детей различных возрастных групп по сравнению с детьми того же возраста с нормальной массой тела. Методы. Проведено простое, рандомизированное, сравнительное в параллельных группах исследование. Всего в исследовании приняли участие 500 детей: 300 девочек и 200 мальчиков в возрасте от 8 до 15 лет, средний возраст $11,25 \pm 3,6$ лет. Дети были поделены на три возрастные группы: 8–10 лет, 11–12 лет, 13–15 лет. Во всех обследуемых группах проводилось измерение веса, роста, окружности талии детей, рассчитывалась процентная доля жира в организме. Избыточный вес/ожирение определяли как z-показатель ИМТ ≥ 85 -го процентиля, а абдоминальное ожирение – как отношение талии к росту (WHR) $\geq 0,5$. У всех обследуемых определяли уровень сывороточного 25-гидроксивитамина D (25(OH)D). Оптимальным и адекватным считался уровень сывороточного 25(OH)D выше 30 нг/мл (выше 75 нмоль/л). Все исследования осуществлялись с письменного информированного согласия родителей или законных представителей детей. Статистический анализ результатов исследования проводили с помощью русифицированной версии программы STATISTICA 6.0. Определялись основные статистические характеристики: среднее, ошибка среднего. Достоверность различий рассчитана с помощью T-критерия Стьюдента в случае равенства дисперсий, его модификации (T-критерий с раздельными оценками дисперсий) при 5% уровне значимости на персональном компьютере Authentic AMD.

Результаты. В общей сложности детей с ожирением – 360 человек (средний ИМТ: 32,2 кг / м²) из них 250 девочек и 110 мальчиков.

140 подростков без ожирения (средний ИМТ: 20,1 кг / м²), из них 78 девочек и 62 мальчика. У 20% детей и подростков с ожирением (индекс стандартного отклонения [ИМОТ] индекса массы тела [SDS] $> 2,33$) обнаружен дефицит витамина D по сравнению с их сверстниками с нормальной массой тела. ИМТ-SDS был независимо и обратно связан с концентрацией 25-ОН-D в сыворотке. Дефицит витамина D определяли как концентрация 25-ОН-D в сыворотке < 30 нмоль / л. У детей с нормальной массой тела уровень витамина D в среднем 35,2 нмоль / л. У детей с ожирением: у девочек 8–10 лет средний уровень витамина D – 27,2 нмоль/л, 11–12 лет – 23,4 нмоль/л, 13–15 лет – 20,2 нмоль/л; у мальчиков: 8–10 лет – 27,1 нмоль/л, 11–12 лет – 22,2 нмоль/л, 13–15 лет – 19,2 нмоль/л.

Выводы: дефицит витамина D распространен среди детей и подростков с ожирением. Степень ожирения была независимо связана с более низкими концентрациями 25-ОН-D в сыворотке крови. Так же было выявлено, что дефицит витамина D чаще развивается в более старших возрастных группах, вероятнее это связано с привычками современной молодежи, которая большую часть времени проводят дома и дополнительно не принимает витамин D.

ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ НА ДОМУ

*Прокопьев Г.Г., Цыпин Л.Е., Демешин И.Ф., Кириенко П.Н.,
Постникова Е.В.*

*Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям Департамента здравоохранения Москвы
имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва*

Значительное количество заболеваний у детей, как врожденных, так и приобретенных, может осложняться острой или хронической дыхательной недостаточностью. Зачастую единственным методом лечения в этих случаях является продолжительная респираторная поддержка, то есть протезирование функции внешнего дыхания аппаратным способом. Подобная помощь требуется пациентам с заболеваниями, которые можно распределить на несколько групп: 1) медленно прогрессирующие нейромышечные заболевания (мышечная дистрофия Дюшенна, Эрба и др., спинальные мышечные атрофии Верднига–Гоффмана, Кугельберга–Веландера и др., миастении), 2) нарушения дыхания центрального генеза (центральный гиповентиляционный синдром – синдром «проклятья Ундины», различные постинфекционные, постишемические, посттравматические, опухолевые поражения головного и спинного мозга, anomalies развития головного мозга – синдром Арнольда–Киари и др.), 3) повреждение легочной паренхимы (фиброз ткани легкого, хроническая эмфизема), 4) нарушение проходимости дыхательных путей (синдром сонного апноэ, anomalies развития дыхательных путей). Респираторная поддержка таким пациентам может проводиться длительное время, а иногда пожизненно, что делает актуальным ее проведение в домашних условиях. В европейских странах аппаратную респираторную поддержку на дому получают в среднем 6,6 пациентов на 100 тыс. населения, во Франции это более 6 тыс. пациентов, в Германии – более 4 тыс., в Португалии, чье население сопоставимо по численности с населением Москвы, – около 800 пациентов. Более половины этих пациентов моложе 15 лет. Данная помощь позволяет значительно улучшить качество жизни пациента, снизить угрозу внутригоспитальных инфекций, уменьшить летальность, экономически целесообразна, так как значительно снижает расходы на лечение. Обязательными условиями для перевода пациентов на искусственной вентиляции легких домой являются желание родителей и их умение ухаживать за пациентом на ИВЛ, наличие комплекта необходимого оборудования и консультативная помощь специализированного медицинского центра. Обучение родителей основам ухода, асептики



антисептики и ИВЛ должно проводиться в отделениях реанимации, где находится ребенок и продолжаться в отделении паллиативной помощи. В НПЦ специализированной медицинской помощи детям ДЗМ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого есть опыт проведения длительной аппаратной респираторной поддержки 67 пациентам детского возраста с максимальным сроком ИВЛ более семи лет.

ХРОНИЧЕСКИЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ БОЛИ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИОННОГО СТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТВОЛА У ДЕТЕЙ

**Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Алхасов А.Б., Галибин И.Е.,
Титова Е.А., Смолянкин А.А., Зайнулабидов Р.А.**

*Детская городская клиническая больница № 13
имени Н.Ф. Филатова, Москва*

Актуальность: КСЧС это заболеванием являющейся причиной хронических абдоминальных болей. У 10–24% населения в той или иной степени имеется сдавление чревного ствола дугообразной связкой диафрагмы вследствие чего могут возникать симптомы абдоминальной ишемии. Материалы и методы. С 2015 ПО 2019 г. в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова находились на лечении 41 пациентов с диагнозом КСЧС в возрасте от 8 по 17 лет. Мальчиков 31 (76%), девочек 10 (24%). Так же у 17 их них имелись сочетанные патологии в виде ВДГК, ЖПР, КДГК. Пациентам диагноз выставлен на основании данных анамнеза, жалоб, результатов УЗИ в режиме импульсивно-волнового доплера, МСКТ с внутривенным усилением и ангиографии. После комплексного обследования была выполнена операция лапароскопическая декомпрессия чревного ствола 32 пациентам и диссекция чревного ствола через лапаротомный доступ 2 пациентам. Во всех случаях основной причиной компрессионного стеноза чревного ствола явилась срединная дугообразная связка диафрагмы в сочетании с нейрофиброзной тканью чревного сплетения. Результаты. Длительность операции в среднем составила – 50 мин. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Пациенты после выполненного оперативного вмешательства выписаны в удовлетворительном состоянии. Детям выполнялось контрольное обследование в позднем послеоперационном периоде на котором была подтверждена декомпрессия чревного ствола. Клинически симптомы абдоминальной ишемии в послеоперационном периоде не проявлялись. Заключение. На данный момент каждый пациент с синдромом компрессии чревного ствола остается сложным для клинициста. Важнейшим вопросом в обследовании и лечении таких пациентов остается определение показаний к оперативному вмешательству. До сих пор хирургическая декомпрессия чревного ствола вызывает множество тактических вопросов. На сегодняшний день очевидно, что оптимальным доступом для выполнения декомпрессии чревного ствола является лапароскопический.

ХРОНИЧЕСКИЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ БОЛИ. ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТВОЛА У ДЕТЕЙ. ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Зайнулабидов Р.А.

*Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова,
Москва*

Актуальность. Распространенной проблемой в детском возрасте является боль в животе. Часто этот симптом носит доброкачественный характер и самостоятельно проходит. Но постоянная боль в брюшной полости может свидетельствовать о серьезных анатомических и функциональ-

ных нарушениях и требовать немедленного вмешательства. Одной из причин болей в животе может быть компрессионный стеноз чревного ствола. Компрессионный стеноз чревного ствола (Синдром Данбара) – заболевание, характеризующееся сдавливанием чревного ствола срединной дугообразной связкой диафрагмы, ее внутренними ножками и нейрофиброзной тканью чревного сплетения. До настоящего момента он остается диагнозом исключения ввиду того, что не существует единого протокола диагностики и лечения пациентов с симптомами абдоминальной ишемии. У 10–24% населения в той или иной степени имеется сдавление чревного ствола дугообразной связкой диафрагмы, вследствие чего могут возникать симптомы абдоминальной ишемии. В основе КСЧС лежит нарушение взаимоотношений анатомических структур. Заболевание это выявляется как у взрослых, так и у детей. Согласно медицинской статистике от хронических болей в животе страдают от 10 до 15% детей и подростков. По некоторым данным число выявленных больных с хронической абдоминальной ишемией ежегодно увеличивается на 17%.

Материалы и методы. С 2015 ПО 2020 г. в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова находились на лечении 57 пациентов в возрасте от 5 по 17 лет. Мальчиков 38 (64%), девочек 19 (33%). Также у 17 их них имелись сочетанные патологии в виде ВДГК, ЖПР, КДГК. Пациентам диагноз выставлен на основании данных анамнеза, жалоб, результатов УЗИ в режиме импульсивно-волнового доплера, МСКТ с внутривенным усилением и ангиографии. После комплексного обследования была выполнена операция лапароскопическая декомпрессия чревного ствола 48 пациентам и диссекция чревного ствола через лапаротомный доступ 3 пациентам. Во всех случаях основной причиной компрессионного стеноза чревного ствола явилась срединная дугообразная связка диафрагмы в сочетании с нейрофиброзной тканью чревного сплетения. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось.

Результаты. Длительность операции в среднем составила – 50 мин. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Пациенты после выполненного оперативного вмешательства выписаны в удовлетворительном состоянии. Детям выполнялось контрольное обследование в позднем послеоперационном периоде, на котором была подтверждена декомпрессия чревного ствола. Клинически симптомы абдоминальной ишемии в послеоперационном периоде не проявлялись.

Заключение. На данный момент каждый пациент с синдромом компрессии чревного ствола остается сложным для клинициста. Важнейшим вопросом в обследовании и лечении таких пациентов остается определение показаний к оперативному вмешательству. До сих пор хирургическая декомпрессия чревного ствола вызывает множество тактических вопросов. На сегодняшний день очевидно, что оптимальным доступом для выполнения декомпрессии чревного ствола является лапароскопический.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ

Романов Д.В., Сафин Д.А., Брылеева А.А.

Центр Сосудистой Патологии, Москва

Цель и задачи работы. Младенческая гемангиома представляют собой доброкачественную сосудистую опухоль, которая имеет определенные периоды развития, характерные только для данной опухоли: пролиферация, стабилизация роста, инволюция. С открытием действия бета-адреноблокаторов на патологические сосуды младенческих гемангиом, произошло изменение лечебной тактики от агрессивной хирургической (удаление образования) к консервативной медикаментозной (терапия в виде локального или системного применения бета-адреноблокаторов). Целью нашей работы было представление результатов лечения медикаментозного лечения детей с младенческими гемангиомами для

повышения информированности врачей первичного звена о возможностях и преимуществах данного вида лечения.

Материалы и методы выполнения. Проведен ретроспективный анализ терапии бета-адреноблокатором (атенолол) детей младенческими гемангиомами, которые проходили лечение в Центре Сосудистых Патологий (Москва) за период апрель 2018 по апрель 2019 гг. В данный период лечение проводилось 403 детям. Мальчиков было 176 (43,6%) девочек – 227 (56%). Терапия применялась пациентам в возрасте от 3 недель до 16 месяцев. Из них МГ были расположены: в области головы и шеи у 194 (48,2%) пациентов; в области туловища у 87 (21,6%); в области конечностей – 57 (14,2%); множественные МГ (до 5 гемангиом) у 44 (10,8%) пациентов, гемангиоматоз (более 5 гемангиом) у 21 (5,2%) детей. Всем детям проводился амбулаторный подбор терапии (подбор дозировки одним днем) бета-адреноблокатором (атенолол). Назначение перорального атенолола проводилось в дозе 0,5 мг/кг массы тела в день. Доза делилась на две равные части и давалась каждые 12 часов. Средний курс лечения составил 4,5 месяца.

Полученные результаты. Частота положительного ответа для пациентов с МГ, получавших атенолол, составляла 98% (диапазон 82–100%), который выражался в достоверных признаках инволюции гемангиом. Переносимость атенолола была хорошей: нарушения дыхания и сна на фоне терапии не выявлены, снижения уровня глюкозы в крови у пациентов не наблюдалось. Серьезные побочные эффекты были редкими: симптоматическая гипотензия у двух пациентов и симптоматическая брадикардия в одном случае. Данные побочные явления разрешились, после временной отмены препарата и нормализации режима приема. Выводы. Назначение перорального атенолола является безопасным и эффективным методом лечения младенческих гемангиом. Но при назначении данного вида лечения необходимо учитывать, что оно проводится «офф-лейбл» (не по инструкции), что влечет за собой определенную юридическую врачебную ответственность. В большинстве случаев подбор терапии проводится в условиях стационара, но при наличии определенного опыта возможно назначение атенолола в амбулаторных условиях (одним днем).

БЕЗОПАСНОСТЬ АМБУЛАТОРНОГО НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА (АТЕНОЛОЛ) У ДЕТЕЙ С ВЕСОМ МЕНЕЕ 4 КГ

*Романов Д.В., Сафин Д.А., Осокина Г.Г., Крайцова Л.А.
Центр Сосудистой Патологии, Москва*

Цель и задачи работы. Младенческие гемангиомы относятся к доброкачественным сосудистым опухолям. Удельный вес данной патологии довольно высокий – частота их встречаемости может достигать 10%. Младенческая гемангиома особенно часто встречается у недоношенных детей. Следует признать, что причины данной взаимосвязи до конца не изучены. Появившаяся младенческая гемангиома у таких детей требует наблюдения и при необходимости проведения медикаментозного лечения бета-адреноблокаторами. В таких критических случаях многие врачи откладывают решение о начале терапии бета-адреноблокаторами до набора определенного веса, что может занять не один месяц. Целью нашей работы было проведение ретроспективного анализа случаев амбулаторного медикаментозного лечения бета-адреноблокатором (атенолол) детей с младенческими гемангиомами, имеющих массу тела менее 4 кг, которые проводились на базе Центра Сосудистой Патологии.

Материалы и методы выполнения. Проведен ретроспективный анализ амбулаторного медикаментозного лечения бета-адреноблокатором (атенолол) младенческих гемангиом в Центре Сосудистых Патологий (Москва) у детей с массой тела менее 4 кг, за период март 2019 г. – март 2020 г. Всего за указанный период находилось 12 детей, которые имели массу тела менее 4 кг, на момент начала терапии. Возраст пациентов был

от 3 недель до 2 месяцев жизни (медиана 1 мес.). Вес пациентов на начало терапии в среднем составил 3500 г (от 3000 г до 3950 г). Всем детям проводился амбулаторный подбор терапии (подбор дозировки одним днем) бета-адреноблокатором (атенолол) по разработанному в Центре протоколу лечения с информированного согласия родителей. Лечение начинали с 0,25 мг/кг 2 раза в день, и постепенно увеличивали дозировку атенолола до 0,5 мг/кг. Всем детям, которым была начата медикаментозная терапия, проводили мониторинг сердечнососудистой системы – консультацию кардиолога, ЭКГ и контроль уровня глюкозы в крови, по разработанным в Центре Сосудистой Патологии протоколам. Так же оценивались изменения в поведении ребенка (сонливость, капризность), изменения со стороны ЖКТ и т.д.

Полученные результаты. После начала терапии бета-адреноблокатором атенолол у двоих детей отмечены учащения срыгиваний, которые наблюдались до начала терапии. У одного ребенка отмечена сонливость, которая прошла самостоятельно через 2 дня. Колебания глюкозы в крови регистрировалось в пределах нормы. На ЭКГ отмечено урежение на 10–15 ударов в минуту, появление неспецифических изменений – повышение активности левого желудочка, появление неполной блокады правой ножки пучка Гиса, которые не требовали назначения лекарственных препаратов. У 9 детей проведение терапии не вызывало никаких побочных действий и отрицательных проявлений.

Выводы. Бета-адреноблокаторы, за счет своей эффективности и безопасности, являются первой линией терапии младенческой гемангиомы. Данные препараты, назначаются исходя из массы тела ребенка, и многие врачи опасаются проводить медикаментозное лечение детям с массой тела менее 4 кг, из-за риска развития брадикардии, гипотонии. Несмотря на небольшое количество наблюдений в нашем исследовании, показана безопасность назначения терапии препаратом атенолол, у детей с массой тела менее 4 кг – мы не выявили серьезных изменений на ЭКГ, а те изменения, которые были отмечены (усиление срыгиваний и сонливость) прошли самостоятельно и не требовали назначения дополнительной терапии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ЭКЗАНТЕМОЙ, В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Рубцова А.А., Каширина Э.А., Югай Н.М., Загидуллина С.Г., Карабанова О.Б.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава РФ»; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Детская городская поликлиника № 99 Департамента здравоохранения Москвы», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 110 Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Цель работы: изучение течения и клинической картины парвовирусной инфекции для оптимизации дифференциальной диагностики в условиях поликлиники. Дизайн исследования. Исследование проведено на базе педиатрического отделения детской поликлиники, включены дети с проявлениями сыпи, характерной для парвовирусной инфекции в возрасте от 3 до 14 лет.

Материалы и методы: наблюдение от появления первых жалоб до клинического выздоровления, лабораторная диагностика (клинический анализ крови, ПЦР, ИФА – Ig G, IgM – качественное определение), наблюдение в катамнезе (клинический анализ крови, УЗИ, ЭХО-КГ, ЭКГ), Статистическая обработка проведена в программе Office Excel 2010. Собственные



наблюдения: Всего под нашим наблюдением находилось 32 пациента в возрасте от 3 до 14 лет. У всех пациентов поводом для обращения было появление сыпи (100%). Проводилось изучение вакцинального анамнеза, эпидемиологического анамнеза, развитие клинических симптомов, характер экзантемы и ее развитие. Таким образом, исключались другие инфекционные заболевания, сопровождающиеся экзантемой. При этом у всех детей наблюдалась яркая эритема на щеках, затем она трансформировалась в пятнисто-папулезную сыпь у 19 детей (59,4%), у 3 пациентов отмечался симптом «носков» (9,4%). Отмечалось быстрое обратное развитие эритемы с образованием «кружевной» сетчатой сыпи. Симптомы общей интоксикации не были выражены, катаральные явления были непродолжительны (3–5 дней), а лихорадка у большинства детей была субфебрильной (87,5%). Стихание клинической картины сопровождалось бесследным исчезновением сыпи без вторичных изменений кожи. В большинстве случаев было обращение за медицинской помощью к врачу-педиатру на стадии проявления «кружевной» сетчатой сыпи, наличие первичных симптомов было выяснено при анамнестическом исследовании. Также из анамнеза стало известно, что при первичном осмотре на дому, в связи с отсутствием других субъективных жалоб у детей и врачом-педиатром был заподозрен аллергический дерматит. Однако, связи между появлением сыпи и контактом с аллергеном, а также клинического улучшения от противоаллергической терапии у детей, включенных в данную группу, не наблюдалось. Лабораторное обследование с целью верификации диагноза было возможно провести только у 24 пациентов (ПЦР, ИФА). Все исследования проводились с 4–10 день болезни, при обращении за медицинской помощью. Из них в 100% обнаружена репликация вируса В19 (Среднее, М+м = 3,21+1,66 копий/мл), корреляционной зависимости данного показателя от дня заболевания не обнаружено. Серологическая диагностика показала, что у большинства детей обнаружены только IgG, и только у 3-х пациентов IgM 9,4%. Проведенное катанестическое наблюдение показало, что количество случаев острой респираторной инфекции в течение 1-го года после перенесенного заболевания не изменилось. ЭХОКГ с доплерографическим исследованием проведено в период реконвалесценции и через 9–12 мес. наблюдения, у 25 детей (78,1%) выявлена дополнительная хорда в полости левого желудочка. На ЭКГ в периоде стихания инфекции выявлена дисфункция синусового узла (нарушение процессов реполяризации, синусовая бради-, тахи-, аритмия и др.), однако при сравнении с ЭКГ до заболевания и через 1 год после изменений электрической активности сердца, а также морфологических и функциональных изменений не обнаружено.

Выводы. В нашем исследовании отмечалось легкое течение заболевания, единственным поводом для обращения за медицинской помощью при котором была сыпь, что могло повести врача-педиатра по ложному пути клинической диагностики. Для подтверждения диагноза недостаточно применения только серологической диагностики, необходимо проведение ПЦР. За детьми, перенесшими парвовирусную инфекцию необходимо устанавливать диспансерное наблюдение не менее 1 года в условиях педиатрического участка.

СОЗДАНИЕ НОВОЙ МОДЕЛИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Рубцова А.А., Моисеева Е.И., Лыков Ю.Г., Шилова Л.Ю.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Детская городская поликлиника № 99 Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Цель работы: оптимизация стандартных процессов в работе поликлиники с использованием бережливых технологий для повышения

удовлетворенности пациента, доступности медицинской помощи, а также повышения вовлеченности персонала детской поликлиники в условиях мегаполиса. Дизайн исследования: работа проведена на базе ГБУЗ г. Москвы ДГП № 99 ДЗМ в рамках пилотного проекта «Бережливая поликлиника», составлены 280 первичных карт посещения поликлиники пациентами. Участники проекта – 4 рабочие группы, созданные на базе филиалов, первично вовлеченный персонал – 28 человек. Материалы и методы: метод картирования с использованием хронометража, метод анкетирования, Лин-технология, 5С-технология, статистический метод, внедрение и анализ разработанных СОП.

Полученные результаты. Впервые в г. Москве в условиях детской городской поликлиники нами было проведено картирование с использованием хронометража времени пациента при посещении пациентом детской поликлиники было проведено с 280 пациентами. Сотрудники детской поликлиники сопровождали пациента от входа до выхода из поликлиники, за исключением посещения врача и/или процедуры. Были проанализированы выявленные «временные потери» пациента, созданы общие карты текущего состояния процессов. В результате проведенного исследования одновременно в 4 филиалах детской поликлиники были запущены 4 проекта: «Оптимизация работы дежурного врача» (1), «Оптимизация процессов поступления и распределения бланков лабораторных анализов из клиничко-диагностической лаборатории 1-го уровня» (2), «Оптимизация процессов вызова врача на дом через Call-центр» (3), «Оптимизация процесса вакцинации и туберкулинодиагностики» (4). На основе полученных результатов в рамках открытых проектов был разработан план-график реализации проекта (экшн-план), проведен анализ выявленных причин, осуществлена постановка и проверка гипотез, разработаны и апробированы методики изменения процессов. В ходе работы отмечена инициатива и вовлечение дополнительных участников, интерес не только сотрудников, но и пациентов. При получении промежуточных результатов в 2 проектах было проведено дополнительное картирование и анализ полученных результатов. В качестве решения выявленных проблем были проведены следующие мероприятия: перенаправление потоков пациентов, перераспределение площадей, проведены рациональные настройки оргтехники (принтеры, сканеры и др.), проведена адаптация речевых скриптов при ответе оператора Call-центра, сотрудников «стойки информации», а также разработаны стандартные операционные процедуры (СОП) ответа и применены 5С-технологии организации рабочего пространства врача педиатра, сотрудника картоохранилища, сотрудника прививочного кабинета и Call-центра. В ходе проведенной проектной работы во всех 4 проектах были получены ожидаемые эффекты. В проекте (1) – сокращение времени пребывания больного ребенка в «день здорового ребенка» в поликлинике на 10%; в проекте (2) – сокращение потери результатов анализов на приеме участкового врача-педиатра с 14% до 0%, снижение количество необоснованные приемов у врачей педиатров участковых, связанных с несвоевременным поступлением результатов анализов с 10% до 0%; в проекте (3) – увеличение пропускной способности Call-центра (уменьшение количества попыток дозвониться с 2 и более до 1, уменьшение среднего времени ожидания ответа оператора с 2,5 мин до 1,5 мин, повышение удовлетворенности пациентов (по обращениям) с 70% до 0%); в проекте (4) – сокращение среднего времени, затрачиваемого пациентом на вакцинацию с 82 мин до 50 мин, сокращение среднего времени, затраченного на процесс туберкулинодиагностики с 300 мин до 35 мин. Результаты проведенной работы были перекрестно внедрены во всех филиалах ГБУЗ г. Москвы ДГП № 99 ДЗМ.

Выводы: результаты, полученные в проекте позволили не только устранить данные «временные потери» в частных случаях, но и изменить структуру проблемы в целом, а также изменить в положительную сторону отношение вовлеченных сотрудников и всего коллектива к проблеме.

ПОВЫШЕНИЕ РАННЕЙ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Рыков М.Ю., Манерова О.А., Козлов В.В., Турабов И.А., Решетников В.А.

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина Минздрава России, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, Северный государственный медицинский университет Минздрава России, Москва

Актуальность. За последние десятилетия продолжается неуклонный рост числа онкологических заболеваний у детей, большая часть из которых выявляется на распространенных стадиях. Это определяет особую актуальность совершенствования системы организации медицинской помощи.

Цель исследования. Повышение ранней выявляемости злокачественных новообразований у детей.

Материалы и методы. В медицинских организациях Архангельской области («пилотный» регион) в клиническую практику врачей-участковых педиатров в 2016 г. внедрен «Алгоритм определения целесообразности направления пациента на консультацию к врачу-детскому онкологу», направленный на повышение ранней выявляемости злокачественных новообразований у детей. В рамках оценки эффективности «Алгоритма» и результатов его внедрения проведено сравнение двух групп пациентов с гистологически верифицированными солидными злокачественными новообразованиями (за исключением опухолей головного и спинного мозга): 1. Первая группа – 49 пациентов, получавших медицинскую помощь в Архангельской области в 2011–2015 гг. (до проведения организационного эксперимента, далее – группа 2011–2015 гг.); 2. Вторая группа – 51 пациент, получавший медицинскую помощь в отделении детской онкологии Архангельской области в 2016–2018 гг. (контрольная группа, далее – группа 2016–2018 гг.).

Результаты. Среди пациентов группы 2011–2015 гг. умерло 20 (40,8%) пациентов, рецидивы развились у 14 (28,6%), нарушение протоколов лечения отмечено у 16 (32,7%), достигли ремиссии 20 (40,8%). Среди пациентов группы 2016–2018 гг. умерло – 11 (21,6%) пациентов, рецидивы развились у 11 (21,6%), нарушение протоколов лечения отмечено у 6 (11,8%), достигли ремиссии – 11 (21,6%). При помощи метода Каплана–Мейера произведено сравнение времени дожития 100 пациентов в зависимости от периода лечения: 2011–2015 гг. и 2016–2018 гг. Выявляются статистически значимые различия выживаемости в группах наблюдения. Среднее время дожития в группе 2016–2018 гг. статистически значимо увеличилось по сравнению с временем дожития пациентов, получавших лечение в 2011–2015 гг. – 30,3±1,57 мес. против 25,04±2,05 мес. ($p=0,045$). Статистически значимо сократились временные параметры различных этапов, предшествовавших началу специализированного лечения: время от момента обращения к врачу-детскому онкологу до верификации диагноза сократилось с 9,0 (7,0; 14,0) до 7,0 (5,0; 9,0) дней ($p<0,001$); время от верификации диагноза до начала специализированного лечения сократилось с 12,0 (8,0; 16,0) до 8,0 (6,0; 10,0) дней ($p<0,001$); время от момента обращения к врачу-участковому педиатру до направления к врачу-детскому онкологу – с 11,0 (6,0; 17,0) до 2,0 (1,0; 3,0) дней ($p<0,001$); время от момента обращения к врачу-участковому педиатру до начала специализированного лечения – с 23,0 (17,0; 32,0) до 9,0 (8,0; 12,0) дней ($p<0,001$).

Заключение. В рамках организационного эксперимента показана результативность внедрения структурно-функциональной модели организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МНЕНИЙ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) О ПРОБЛЕМАХ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Рыков М.Ю., Манерова О.А., Турабов И.А., Козлов В.В., Решетников В.А.

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина Минздрава России, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, Северный государственный медицинский университет Минздрава России, Москва

Введение. С целью изучения мнений родителей (законных представителей) по проблемам организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями проведено медико-социальное исследование.

Цель исследования. Изучить мнения родителей (законных представителей) по проблемам организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями.

Материалы и методы. Исследование проведено по разработанной «Анкете учета мнения родителей (законных представителей) по совершенствованию организации медицинской помощи ребенку с онкологическим заболеванием». Анкета состояла из 27 вопросов, респондентам предлагалось выбрать один или несколько вариантов ответов для каждого из них или вписать свой вариант ответа. Для объективности анкеты заполнялись респондентами анонимно.

Результаты. Родителям (законным представителям) детей с онкологическими заболеваниями в субъекты Российской Федерации разослано 450 анкет, из них заполнено и возвращено – 410. В соответствии с проведенной стратификацией по федеральным округам, в ЦФО проживал 91 (22,1%) респондент, в СЗФО – 35 (8,6%), в ЮФО – 43 (10,4%), в СКФО – 34 (8,4%), в ПФО – 90 (22%), в УФО – 38 (9,1%), в СФО – 58 (14,3%), в ДВФО – 21 (5,1%). Проведенное медико-социальное исследование показало, что 81,1±1,9% респондентов не удовлетворены отношением к ним и их детям врачей и среднего медицинского персонала, удовлетворены лишь частично – 15,9±1,8%, удовлетворено полностью 3±0,8%. В качестве причины неудовлетворенности отмечены грубость в общении (35,8±2,4%), отсутствие достаточного внимания со стороны медицинского персонала (21,3±2,0%) и отсутствие заинтересованности в успехе лечения (19,7±2,0%). Сочетание данных вариантов отметили 23,2±2,0% респондентов. В качестве предпочтительного места лечения их детей 63,7±2,4% респондентов отметили медицинскую организацию федерального подчинения, 33,9±2,4% – медицинскую организацию, расположенную за пределами территории Российской Федерации, из них 57,4±2,4% респондентов в качестве причины выбора отметили возможность получения пациентоориентированного сервиса и сложную маршрутизацию во время лечения между медицинскими организациями на территории Российской Федерации. Недоверие к квалификации медицинского персонала в Российской Федерации в качестве причины указали 12,7±1,6% респондентов, отсутствие комфортных условий для прохождения обследования и лечения – 11,8±1,6%, отсутствие необходимых методов диагностики и лечения – 5,3±1,1%, сочетание перечисленных вариантов – 12,8±1,6%.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования системы организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями: необходимо внедрять пациентоориентированные подходы и совершенствовать маршрутизацию пациентов с целью создания пациент-центрированной системы организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями.



ОСТРОЕ ЭКЗОГЕННОЕ ОТРАВЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ У ПОДРОСТКА

*Садомская Н.А., Майорова Н.А., Фокичева Н.Н., Фалетров М.В.,
Симолайтес А.А., Анисеева Н.А., Полтава О.А.*

*Рязанский государственный медицинский университет, Городская
клиническая больница № 11, Рязань*

Актуальность. Острые экзогенные отравления занимают 3 место в структуре несчастных случаев в детской популяции, уступая лишь уличным травмам и ожогам. Современные эпидемиологические исследования свидетельствуют о нарастании частоты острых лекарственных отравлений у детей и подростков. Часто регистрируются суицидальные попытки с использованием лекарственных средств в подростковом возрасте. В РФ по причине самоубийства ежегодно уходят из жизни до 2,5 тыс. подростков (15–18 лет).

Цель работы: изучить клинические особенности течения сочетанного отравления нестероидными противовоспалительными препаратами и солями висмута у подростка на примере клинического случая.

Материалы и методы: анализ медицинской документации, динамический контроль состояния пациента, лабораторные и инструментальные методы исследования. Клинический случай: пациентка Б., 17 лет, поступила в ГКБ №11 г. Рязани с диагнозом: Отравление таблетками парацетамола, метамизола натрия, висмута трикалия дицитрата. В анамнезе жизни есть указание на наличие тяжелой психологической травмы трехлетней давности, за помощью не обращалась. Из анамнеза заболевания известно: пациентка с демонстративной целью, одновременно приняла парацетамол (5000 мг), метамизол натрия (5000 мг), висмута трикалия дицитрат (1680 мг), ибупрофен (600 мг). Через 20 минут почувствовала тошноту, боль в животе и самостоятельно вызвала скорую медицинскую помощь (СМП). Бригадой СМП был промыт желудок, пациентка госпитализирована в ГКБ 11. На момент осмотра состояние определялось как тяжелое, за счет экзогенной интоксикации. Девочка вялая, жаловалась на головные и абдоминальные боли. Кардио-респираторные показатели стабильные. Отмечено частое мочеиспускание при сниженном объеме диуреза.

Результаты обследования. При химико-токсикологическом исследовании мочи обнаружены ибупрофен, метамизол натрия, парацетамол. В общем анализе мочи – протеинурия (до 6,6 г/л), которая сохранялась в течение 6 суток. В биохимическом анализе крови – повышение уровня мочевины (до 13,0 ммоль/л, с 3-го по 10-й день), креатинина (в пределах 315–636 мкмоль/л со второго дня, с существенным снижением показателя к 12-му дню лечения) и трансаминаз (АСТ – до 161 Ед/л и АЛТ – до 435 Ед/л к 11-му и 12-му дню соответственно). В клинической картине отмечалось снижение диуреза до 300 мл/сутки к 5 дню с постепенным увеличением объема диуреза до 2800 мл на 14-е сутки лечения, что характерно для олигоурической и полиурической стадий острого почечного повреждения. Проводилась дезинтоксикационная терапия глюкозо-солевыми растворами, гормонотерапия (преднизолон). Пациентка получала гепатопротекторы (урсодезоксихолевая кислота, фосфолипиды), энтеросорбенты (энтеросгель), ингибиторы протонной помпы (омепразол) и антикоагулянты (гепарин). Консультирована психиатром – патологии не выявлено. На фоне лечения состояние с положительной динамикой, функциональные и биохимические показатели стабилизировались, сохранились умеренно высокие значения трансаминаз с тенденцией к снижению. Пациентка выписана на 21-й день лечения в удовлетворительном состоянии под наблюдение участковой службы. Выводы: Суицидальное поведение подростков является актуальной медико-социальной проблемой. Необходимо сохранение настороженности со стороны врачей-педиатров в отношении суицидальных попыток среди подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Представленный случай иллюстрирует эффективность своевременной терапии тяжелого экзогенного отравления лекарственными средствами у подростка, на фоне высоких физиологических резервов соматически здорового организма.

ГРУППА ВЫСОКОГО РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПОВТОРНЫХ ЭПИЗОДОВ ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА

*Салова А.Л., Мозжухина Л.И., Козут Т.А., Челнокова О.Г.
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Ярославский государственный
медицинский университет» Минздрава РФ, Ярославль*

Определение детей к той или иной группе риска по возникновению рецидивирующего течения обструктивного ларингита до сих пор остается важнейшей задачей в профилактической медицине.

Цель работы. Определить совокупность факторов, которые помогут отнести детей к группе высокого риска по возникновению рецидивирующего течения обструктивного ларингита. Материалы. Ретроспективное исследование амбулаторных карт 140 детей с диагнозом обструктивный ларингит в возрасте от 6 месяцев до 7 лет. 2 группы: 1 – с повторными эпизодами обструктивного ларингита (n=120), 2 – с одним эпизодом обструктивного ларингита (n=120) – (группа контроля). За критический уровень статистической значимости принимался $p < 0,05$.

Результаты. Среди неспецифических факторов: дети из 1 группы при рождении имели массу тела более 3000 г в 75% случаев, по сравнению с 1 группой – 50% ($p < 0,05$). У детей из 2 группы в 1,5 раза чаще наблюдались реакции пищевой непереносимости по сравнению с 1 (52%) ($p < 0,05$). Дети из 1 и 2 групп проживали вблизи автомагистралей и заводов в 67 и 75% случаев, и у 44% и 35% детей были домашние животные. Полные семьи (наличие обоих родителей) и образование родителей выше среднего встречались в 1,2 раза чаще в 89% случаев в группе с рецидивирующим течением обструктивного ларингита ($p < 0,05$). Среди специфических факторов: раннее инфицирование микобактериями туберкулеза (МБТ) в возрасте до 3 лет у 96 и 95% детей 1 и 2 групп соответственно. Тесные контакты с больными туберкулезом были выявлены у детей из 2 группы – в 14% случаев, в 1 – в 36% случаев ($p = 0,05$). Локальные формы туберкулеза были обнаружены только во 2 группе у 27% детей ($p < 0,001$).

Заключение. Совокупность таких факторов, как масса тела при рождении свыше 3000 гр., реакции пищевой непереносимости у ребенка, благоприятный социальный анамнез, тесные контакты с больными туберкулезом, наличие локальных форм туберкулеза в анамнезе, раннее инфицирование МБТ в возрасте до 3 лет определяет группу высокого риска по развитию рецидивирующего течения обструктивного ларингита у детей.

ОСТРАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ ПРИ МОНОГЕННОМ АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ – ВСЕГДА ЛИ СЕМЕЙНАЯ СРЕДИЗЕМНОМОРСКАЯ ЛИХОРАДКА?!

*Салугина С.О., Федоров Е.С., Вольф Н.Г.
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой, Москва*

Проявления со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (боли в животе, тошнота, рвота, диарея) являются частыми симптомами аутовоспалительных заболеваний (АВЗ). Острая абдоминальная боль во время приступа встречается у 95% пациентов с семейной средиземноморской

лихорадкой (ССЛ), нередко приводит к необоснованным хирургическим вмешательствам. Данный признак включен в диагностические критерии ССЛ. Однако боль в животе может быть тяжелым проявлением у пациентов с синдромом TRAPS, приводящим к формированию серьезных осложнений (перитонит, спаечная болезнь, перфорация кишечника) и экстренным оперативным вмешательствам. Основным таргетным препаратом в лечении TRAPS является ИЛ-1 ингибитор – канакинумаб, который предотвращает развитие органических повреждений, в том числе, со стороны ЖКТ.

Цель: представить пациентку с генетически подтвержденным TRAPS, имеющую кроме классических проявлений (лихорадка, сыпь, периорбитальный отек, артрит, острофазовые маркеры) выраженные абдоминальные во время приступов, формирование тяжелой спаечной болезни, которые привели к прободению кишки и экстренному оперативному вмешательству. Материал и методы: клинический пример.

Результаты. Пациентка П. 13 лет была впервые госпитализирована в ревматологическое отделение федерального центра в марте 2015 г. с жалобами на периодические эпизоды лихорадки, сыпи, периорбитального отека, артрита, болей в животе длительностью 10–20 дней с периодичностью каждые 2–3 недели. Из анамнеза заболевания: большая практически с рождения, когда стали отмечаться эпизоды макулезной сыпи. С возраста 3 месяцев ежемесячные подъемы температуры до 39,6–40,4°C, продолжительностью 10 дней (в ряде случаев удлинявшиеся до 20 дней), сопровождающиеся сливной макулезной и кольцевидной сыпью, миалгиями, артралгиями, конъюнктивитом, периорбитальным отеком и эритемой, значительным повышением острофазовых маркеров (СОЭ, СРБ, лейкоцитоз, анемия, повышение а2-глобулинов). АНФ, РФ, АЦЦП – отриц. За период госпитализации отмечено 2 приступа заболевания, во время которых фебрильная лихорадка до 40,4°C, на коже груди, спины, плеч, ягодиц сливная эритематозная сыпь с наличием кольцевидных элементов, не зудящая, гиперемия конъюнктив, отечность и гиперемия век, миалгии, артриты коленных и лучезапястных суставов, выраженные боли в животе. Печень + 5,0 см. СОЭ – 43мм/ч, лейко – 23,5, СРБ – 211 мг/л (норма менее 5). Применение пульс-терапии глюкокортикоидами путем однократного внутривенного введения обрывало атаку. Состояние между атаками относительно удовлетворительное. Выполнено молекулярно-генетическое исследование: методом прямого секвенирования проведен частичный анализ гена TNFRSF1A. Исследованы экзоны 2,3,4. В экзоне 3 выявлена однонуклеотидная замена c295T>C (pCys99Arg) в гетерозиготном состоянии. Диагноз TRAPS подтвержден. Назначен канакинумаб 150 мг 1 раз в 4 недели, что привело к купированию основных проявлений заболевания и снижению уровня лабораторной активности. Увеличение интервала до 8 недель и перерывы в лечении приводили к обострению с развитием гипертермии, сыпи, высокой гуморальной активности, эпизодов диареи, тошноты, рвоты, болей в животе. В ноябре 2018 года – обострение, схваткообразные боли в животе, повышение СОЭ до 82мм/ч, СРБ до 31 мг/дл (норма менее 0,5), лейкоцитоз до 19х10,9 (норма до 13,2), снижение Hb – 8,7 г/дл (норма 12,0–16,0). В декабре 2018 г. проведена экстренная лапаротомия – диагностирована перфорация поперечно-ободочной кишки, распространенный серозно-фибринозный перитонит, массивный спаечный процесс в брюшной полости. Возобновление терапии канакинумабом с января 2019 г. привело к полному купированию клинических проявлений, абдоминальной симптоматики и нормализации СОЭ, СРБ.

Заключение. У пациентов с тяжелыми гастроинтестинальными проявлениями во время приступов необходимо в круг дифференцируемых состояний включать не только ССЛ, но и другие АВЗ, в том числе TRAPS. Своевременное назначение таргетной терапии, четкое соблюдение дозы и интервалов между введениями препарата, проведение тщательного мониторинга поможет предотвратить серьезные осложнения со стороны ЖКТ и провести их своевременную коррекцию.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕМАНГИОМ

Сафин Д.А., Романов Д.В., Брылеева А.А.
Центр Сосудистой Патологии, Москва

Цель и задачи работы. Младенческие гемангиомы являются самыми часто встречающимися опухолями в детском возрасте. Частота их встречаемости может достигать 10%. С данным заболеванием родители могут обратиться к различным специалистам: педиатрам, дерматологам, детским хирургам. При наличии определенного опыта ведения таких больных, диагноз уже можно поставить при первичной консультации, основываясь на данных анамнеза, клинических проявлениях и ультразвуковой картине заболевания. Однако в ряде случаев под «маской» младенческой гемангиомы могут скрываться другие сосудистые патологии, которые требуют другого подхода в диагностике и в лечении. Целью нашей работы был ретроспективный анализ завершенных случаев лечения детей с младенческими гемангиомами и выявление случаев несоответствия первичного диагноза «Младенческая гемангиома» и окончательного диагноза.

Материалы и методы выполнения. Проведен ретроспективный анализ завершенных случаев лечения младенческих гемангиом в Центре Сосудистых Патологий (Москва) за период март 2018 г. – март 2019 г. Всем детям проводился амбулаторный подбор терапии (подбор дозировки одним днем) бета-адреноблокатором (атенолол). За указанный период завершенное лечение было у 244 детей. Возраст пациентов от 1 мес. до 1 года жизни. Средний курс лечения составил 4,5 месяца.

Полученные результаты. Из 244 детей получавших лечение бета-адреноблокатором, диагноз изменен на другой у 4 детей (1,6%) и изменена тактика терапии. В данной группе детей выставлены диагнозы венозная мальформация (1), капиллярная мальформация (1), капшиформная гемэндотелиома (1), пиогенная гранулема (1). У всех детей отмечена парадоксальная реакция на медикаментозное лечение (отсутствие эффекта).

Выводы. Не смотря на низкую частоту ошибочных диагнозов в нашем наблюдении – 1,6%. Спектр заболеваний с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз младенческой гемангиомы достаточно широк. Всем специалистам, которые в своей практике наблюдают детей с младенческими гемангиомами, необходимо помнить, что в случае отсутствия реакции образования на лечение, необходимо проводить углубленную диагностику с целью верификации точного диагноза и по показаниям изменять лечебную тактику.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА СЕРЕБРЯНОЙ ПОЛИАКРИЛАТНОЙ МАТРИЦЫ ДЛЯ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Сафин Д.А., Романов Д.В., Плоткин А.В.
Центр Сосудистой Патологии, Москва

Цель и задачи работы. Основным методом лечения лимфатических мальформаций детского возраста, является склеротерапия сосудистого порока. В качестве склерозирующих агентов могут использоваться различные препараты: ОК-432, Доксциллин, Блеомицин. Целью данного исследования была оценка лекарственной безопасности использования препарата серебряной полиакрилатной матрицы («Гемоблок») (Menora Laboratories) для лечения различных форм лимфатических мальформаций у детей.

Материалы и методы выполнения. Для склеротерапии лимфатических мальформаций можно использовать различные склерозирующие агенты:



ОК-432, Доксциллин, Блеомицин, спирт в гелевой форме и ряд других. Данные препараты имеют ряд ограничений и побочных реакций (тошнота, рвота, выраженный болевой синдром, длительный отек мягких тканей (более 1 месяца), некроз тканей и пр.) из-за риска развития токсического действия на организм. Препарат серебряной полиакрилатной матрицы («Гемоблок») представляет собой жидкий рН-нейтральный раствор, образующий сгусток с белками плазмы крови (в основном альбумином) и формирует полимерный комплекс, в результате которого возникает гемостаз. Также препарат содержит наночастицы серебра, которые имеют выраженное бактерицидное действие против большинства известных микроорганизмов. Препарат не имеет побочных и токсических действий. Препарат разрешен для использования в детской практике. Препарат «Гемоблок» мы использовали в качестве склерозирующего агента для лечения лимфатических мальформаций с информированного согласия родителей по разработанному в Центре Сосудистой Патологии (г. Москва) протоколу лечения. В Центре Сосудистой Патологии проведено хирургическое лечение 30 пациентам с лимфатическими мальформациями различной локализации. Возраст пациентов составил от 6 месяцев до 5 лет. Операцию проводили под общей анестезией с использованием УЗ навигации. Среднее количество вводимого препарата составляло 2 мл/кг при каждой процедуре. После введения «Гемоблок» в лимфатическую мальформацию и экспозиции, препарат эвакуировался из полости.

Полученные результаты. В послеоперационном периоде у пациентов отмечалась умеренная отечность в проекции введения препарата «Гемоблок», которая сохранялась до 3–7 дней и проходила самостоятельно. 13 пациентов отмечали умеренную болезненность в области хирургического лечения в течение 1–2 часов после введения препарата. С целью уменьшения болевого синдрома однократно перорально назначался нестероидный противовоспалительный препарат (ибупрофен). Антибактериальной и гормональной терапии не требовалось.

Выводы. Применение препарата «Гемоблок», в качестве склерозирующего вещества является – эффективным и безопасным методом лечения лимфатических мальформаций у детей. Полученные побочные эффекты – отек мягких тканей и болезненность в области введения препарата, были обратимыми, проходили самостоятельно в короткие сроки и не требовали назначения дополнительных лекарственных препаратов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ У МОСКОВСКИХ ДЕТЕЙ

Скоробогатова Е.В., Бочарова Т.И.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская клиническая больница имени З.А.Башляевой»
Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Актуальность. Нарушения липидного обмена (дислипидемии, гиперхолестеринемии) традиционно рассматриваются как значимый фактор развития сердечно-сосудистых заболеваний. Повышенный уровень атерогенной фракции холестерина – липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) играет ключевую роль в образовании холестериновых бляшек в сосудах и является основным модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Одной из наиболее распространенных причин исходно высокого уровня холестерина ЛПНП уже с детского возраста служит наличие Семейной гиперхолестеринемии (СГХС). СГХС является моногенным заболеванием с преимущественно аутодоминантным типом наследования, сопровождающееся значительным повышением уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП) в крови, и как следствие, преждевременным развитием и прогрессирующим течением атеросклероза в молодом трудоспособном возрасте. При этом гетерозиготная форма СГХС (геСГХС) – одно из самых распространенных генетических заболеваний, обнаруживаю-

щиеся примерно у 0,4% населения земли (1 на 250 человек по данным мета-анализа в 2017 г.). К сожалению, в большинстве стран и в том числе в РФ выявляемость данного заболевания находится на очень низком уровне – менее 1%. Повышение выявляемости дислипидемий в детском возрасте с применением методов ранней профилактики и своевременным началом терапии способно снизить уровень сердечно-сосудистой смертности среди лиц трудоспособного возраста.

Цель исследования. Изучение распространенности гиперхолестеринемий у детей. Задачи исследования. Скрининговое обследование детей, выявление детей с повышенным уровнем холестерина (более 4,5 ммоль/л) с целью ранней диагностики СГХС.

Материалы и методы. Проведено исследование общего холестерина в сыворотке крови ферментативным методом. Статистическая обработка данных проводилась по критерию Фишера. Под наблюдением находилось 428 детей в возрасте от 1 года до 17 лет. Исследование проведено на базе педиатрического отделения № 2 ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой» ДЗМ.

Результаты. Уровень общего холестерина свыше 4,5 ммоль/л установлен у 88 детей (20,5%), среди них мальчиков 31 (35%), девочек 57 (65%). Число детей с гиперхолестеринемией в возрасте до 3 лет составило 8 (9%), от 4 до 6 лет – 10 (11,5%), от 7 до 10 лет – 37 (42%), от 11 до 18 лет – 33 (37,5%). Уровень холестерина 4,6–5,0 ммоль/л отмечен у 31 детей (35,2%), 5,1–5,9 ммоль/л – у 44 (50%), более 6,0 ммоль/л у 13 (14,8%) детей.

Выводы. Распространенность гиперхолестеринемии у детей составила 20%, что требует проведения дальнейшего углубленного обследования детей, включающего в себя определение уровня липидных фракций, оценку наследственного анамнеза и прицельного физикального обследования.

АМБУЛАТОРНАЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ДО 15-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

Селютина О.В.

*Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области
«Воронежский областной клинический кожно-венерологический
диспансер», Воронеж*

Цель. Проанализировать современные особенности амбулаторной дерматологической помощи детям до 15-летнего возраста.

Материалы и методы. Проведен анализ 806 амбулаторных карт детей до 15-летнего возраста, принятых дерматологом в поликлинике БУЗ ВО «ВОККВД» в 2012 – первое полугодие 2014 гг. Больных наркоманией не было.

Результаты. Девочек 407, мальчиков 399. Возрастная структура: до года – 41 (5%), 1–6 лет – 420 (52,1%), 7 – до 15 лет – 345 (42,9%). Инвалиды детства по заболеваниям общего профиля 8 детей (около 1%). В 2012 году принято – 309 детей, самообращение – 201 (65%), в 2013 году – 352 детей, самообращение – 271 (77%), в 2014 году – 145 детей, самообращение 118 (81,4%). Обязательный план обследования пациентов: получение информированного согласия на медицинское вмешательство законного представителя ребенка на основании ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.11 № 323 ст.20,22, сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, аллергологического анамнеза, клинический осмотр, осмотр в лучах лампы Вуда, микроскопическое и бактериологическое исследование на патогенные грибы, бактериологическое исследование на патфлору и чесоточного клеща (по необходимости). Выявлено микозов в 2012 году – 70 (22,65%), в 2013 году – 74 (21%), в 2014 году – 27 (18,6%). Чесотка выявлена у 8 детей, головной педикулез у 2.

Выводы. Современный амбулаторный прием дерматолога детей до 15-летнего возраста имеет ряд особенностей: 1) в реализации права

информированного согласия на медицинское вмешательство участвует законный представитель ребенка; 2) на приеме у дерматолога находится и ребенок и его законный представитель, что увеличивает время приема (структурные затраты рабочего времени); 3) выявление заразных кожных заболеваний подразумевает проведение эпидемиологических мероприятий (оформление и подача экстренного извещения, диспансерного поручения, осмотр контактов в семье и детском коллективе (если ребенок организован) и решение по необходимости других вопросов, что также способствует увеличению структурных затрат рабочего времени дерматолога); 4) актуальны вопросы дифференциальной диагностики, учитывая высокий процент самообращения: детские инфекции могут сопровождаться высыпаниями на коже; 5) современные вопросы терапии: это использование разрешенных в педиатрической практике препаратов в соответствующих возрастных дозировках, с учетом возможных побочных эффектов и противопоказаний; 6) назначая амбулаторное лечение ребенку, врач-дерматолог обучает законного представителя ребенка и ребенка навыкам терапии, санитарно-эпидемиологического режима, контролю терапии, таким образом проводит консультирование в целях повышения комплаентности лечения.

ТУБЕРКУЛЕЗ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ В ПРАКТИКЕ ФТИЗИАТРА У ПОДРОСТКОВ И ДЕТЕЙ

Семенова Л.А., Хитева А.Ю., Грецов Е.М.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Центральный научный исследовательский институт туберкулеза», Москва

Введение. За последнее десятилетие на 20% увеличился ежегодный рост злокачественных новообразований у детей. Во фтизиатрии также встречаются сочетанные патологические процессы туберкулезного воспаления и злокачественных опухолей. Злокачественные опухоли могут возникать на фоне лечения туберкулеза, быть фоновым заболеванием для развития специфического воспаления или сочетанными, одновременно сосуществующими нозологиями.

Цель: для дифференциальной диагностики продемонстрировать различные сочетания туберкулезного воспаления и злокачественных новообразований в практике фтизиатра у подростков.

Материал и методы: с 2015 г. и по настоящее время под наблюдением и соответствующим лечением находятся 4 пациента (3 жен., 1 муж.) в возрасте от 13 до 16 л., которым проведены: клиническое обследование, лучевая диагностика, микробиологическое и морфологическое исследования.

Результаты. Клинический пример № 1: у больной А., 2000 г.р. в возрасте 14 л. была выявлена Анапластическая крупноклеточная лимфома 3 ст. После 6 блоков химиотерапии достигнута ремиссия. Через 6 мес. отмечено ухудшение общего состояния в виде появления лихорадки и кашля. При обследовании обнаружены множественные очаговые изменения в легких, мягких тканях шеи, средостения, забрюшинного пространства, малого таза, правого бедра, лимфоузлах средостения, паразофагальных, парааортальных, подмышечных и паховых. Проведены 2 блока химиотерапии, вновь достигнута ремиссия. До 17-летнего возраста под наблюдением онкогематолога получала соответствующую поддерживающую терапию. На этом фоне отмечено ухудшение состояния с появлением слабости, одышки при физической нагрузке, субфебрильной температуры в вечернее время. При обследовании выявлены новые очаговые изменения в легких и крупный фокус инфильтрации в С2 правого легкого. При микробиологическом исследовании обнаружены ДНК МБТ. Гистологически определялась картина гранулематозного воспаления по туберкулезному типу. Поступила в ЦНИИТ,

где при обследовании был поставлен диагноз: Инфильтративного туберкулеза С 2 в фазе обсеменения, С 1, 3, 8, 9, 10 правого и С 1, 2, 3, 6, 9, 10 левого легкого, МБТ (-). Назначено противотуберкулезная терапия по I режиму. Через месяц от начала лечения нормализовалась температура, уменьшились симптомы интоксикации. В последующем отмечена положительная динамика рентгенологической картины и лабораторных показателей. В настоящее время пациентка получает противотуберкулезную терапию по I режиму. Запланировано хирургическое лечение туберкуломы. Клинический пример № 2: подросток 1999 г.р. в возрасте 16 л. отметил резкий подъем температуры до 40° и интенсивный сухой кашель. При обследовании определялись инфильтративные изменения в левом легком, которые расценены как пневмонические. Проводимая терапия была не эффективна. В связи с отсутствием положительной рентгенологической динамики заподозрен туберкулезный характер воспаления. Кроме мелкоочаговой диссеминации верхней доли, сливающихся в язычковых сегментах в неоднородную перибронхиальную инфильтрацию, очаговых уплотнений С 8, 10, деструкции дренирующих бронхов левого легкого, единичных очагов в С 3, 4, 5, 8 правого легкого – определялись множественные, увеличенные лимфатические узлы всех внутригрудных групп и подмышечных областей. При гистологическом исследовании лимфатического узла была обнаружена Лимфома Ходжкина (лимфогранулематоз). Пациент переведен в специализированное медицинское учреждение, где получил 8 курсов противоопухолевой терапии. В настоящее время достигнута ремиссия. Подросток ведет активный образ жизни, находится под наблюдением онкогематолога.

Заключение: представленные наблюдения показывают сложность дифференциальной диагностики туберкулезного и онкологических процессов при сходной рентгенологической картине очаговых изменений легких. Необходимо использовать определенный алгоритм диагностики туберкулезного воспаления: анамнез (контакт, регионы с высоким уровнем туберкулеза, факторы риска); клинические симптомы в динамике; данные лучевых методов (рентген, компьютерная томография); кожные иммунологические тесты (одновременно на двух руках пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л и Диаскинтест); микробиологический анализ (мокроты, смывов с ротоглотки, материала БАЛ/БРАШ, и операционного); морфологическое исследование (биопсия бронхов, лимфоузлов, операционного материала и т.п.).

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ МЕТОДОМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Семенова Н.Ю., Валиуллина С.А., Мамонтова Н.А., Топчий А.А.
Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения, Москва

Тяжелая черепно-мозговая травма (ЧМТ) у детей является причиной инвалидности и требуют длительного лечения и реабилитации. Последнее время в клинической практике используется транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) – как диагностический метод и ритмическая (рТМС) – как лечебная процедура. С помощью ТМС можно оценивать состояние двигательных проводящих путей центральной нервной системы, стимулируя моторные зоны коры головного мозга и регистрируя моторный ответ с периферических мышц. Параметры вызванного моторного ответа (ВМО) возможно использовать для оценки двигательной функции. Они часто используются у взрослых пациентов при различных неврологических



заболеваниях, но мало применялись у детей с последствиями тяжелой ЧМТ. Целью работы является улучшение клинико-нейрофизиологической диагностики состояния моторных проводящих путей до и после сеансов ритмической ТМС детям с последствием тяжелой ЧМТ в процессе реабилитации. Проанализированы данные 36 исследований диагностической ТМС у 13 детей с последствиями тяжелой ЧМТ, проходящих реабилитацию в НИИ НДХиТ; 9 детей получали 1 или 2 курса рТМС. Возраст детей колебался от 2 до 17 лет. Все дети имели нарушения в двигательной сфере. ТМС проводилась на приборе Нейро-МСД (фирма «Нейрософт», Россия), Регистрировались ВМО с рук и ног во время стимуляции корковых и сегментарных зон. Оценивались порог, латентность, амплитуда ВМО, рассчитывалось время центрального моторного проведения (ВЦМП). У всех наблюдавшихся детей при проведении диагностической ТМС обнаружено различие в латентности ВМО, ВЦМП здоровой и пораженной стороны (с большими значениями на пораженной стороне), повышение порога ответа. Причем у 5 детей повышение порога ВМО было с двух сторон. Амплитуда ВМО значительно колебалась и имела различные асимметрии в полушариях мозга. Наличие двусторонних изменений параметров ВМО, вероятно, связано с тяжелым поражением мозга, захватывающим не только локальные участки мозга. У четвертой детей при стимуляции в стандартных точках первичной моторной зоны коры головного мозга ВМО отсутствовал даже при стимуляции с максимально возможной мощностью стимула. В основном это наблюдалось у детей младшего возраста. У одного из этих детей не был получен моторный ответ и при стимуляции сегментарного уровня. В этом случае отсутствие ВМО при стимуляции корковой моторной зоны может быть связано с нарушением проведения на периферическом уровне, что подтвердилось наличием признаков моторной аксонопатии срединного нерва при электронейромиографии. В 2 случаях моторный ответ после невозможности выделения в стандартной точке был получен в нестандартной зоне головы. Вероятно, перенесенные тяжелые поражения мозга, связанные с этим нейрохирургические операции могли изменить функциональную топологию отделов мозга и вызвать смещение двигательных зон мозга. Кроме того, учитывая младший возраст, это могло свидетельствовать и о незрелости проводящих путей. После проведения рТМС у всех детей отмечалась положительная клиническая динамика, возрастание двигательной активности в конечностях. При проведении ТМС повторно определялось снижение порога ВМО уже после 4–5 сеанса. После курса рТМС отмечалось увеличение амплитуды ВМО, уменьшение ВЦМП. В меньшей степени изменялось значение латентности ВМО. У тех детей, у которых моторный ответ не был получен до проведения лечебного курса ТМС, также отмечалась положительная клиническая динамика, но при повторной ТМС ответ снова вызвать не удавалось. Это говорит о вероятных ложноотрицательных ответах при диагностической ТМС у этих детей (не менее 15%).

Заключение. Несмотря на то, что ТМС дает новые диагностические возможности в характеристике проводящих моторных путей, у детей с тяжелым поражением мозга, особенно младшего возраста, имеются определенные трудности диагностики из-за возможных ложноотрицательных ответов. Отсутствие моторного ответа при стимуляции моторной зоны может быть связано наряду с нейрофизиологической незрелостью проводящих путей из-за возраста ребенка или резким снижением возбудимости корковых моторных зон, также и нарушением структурной организации мозга. Особенности стимуляции при получении моторного ответа у детей с тяжелой ЧМТ затрудняют объективную диагностику, особенно у детей младшего возраста. Это требует больше времени для поиска нестандартных точек и получения ВМО, а также затрудняет расчет параметров лечебной магнитной стимуляции, подбор которых проводится с учетом диагностической ТМС.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БЕССУДОРОЖНОГО ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ В СОСТОЯНИИ КОМЫ

Семенова Н.Ю., Мамонтова Н.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Бессудорожный эпилептический статус (БЭС) в состоянии комы у детей трудно диагностировать из-за отсутствия четкой клинической симптоматики, патологических, измененных нейрофизиологических данных в виде паттернов комы и влияния на них проводимой терапии. Целью работы является выявление нейрофизиологических особенностей у детей с БЭС при тяжелом остром поражении мозга. Задача проведенного анализа оценить диагностическую значимость электроэнцефалографического исследования. Проанализированы данные электроэнцефалограммы (ЭЭГ) 5 детей с острым поражением мозга, находящихся в бессознательном состоянии в отделении реанимации, имеющие специфические изменения на ЭЭГ. Среди обследованных детей трое было с закрытой черепно-мозговой травмой, ушибом головного мозга тяжелой степени; два ребенка перенесли спонтанное внутрижелудочковое кровоизлияние в головной мозг. При поступлении уровень сознания расценивался менее 6 баллов по ШКГ. Запись ЭЭГ проводилась с синхронной видеозаписью на приборе «Nicolet» или на приборе «Неокортекс» с помощью 10 электродов, установленных по уменьшенной схеме «10–20». По нашим данным, эпилептиформные изменения на ЭЭГ у детей, находящихся в коме, наблюдаются в 4% случаев и могут отражать тяжесть поражения мозга. У наблюдаемых детей с БЭС отмечалось отсутствие четких клинических симптомов приступов; нетипичные судорожные проявления, позволяющие заподозрить БЭС, были у 2 детей. В ЭЭГ регистрировались периодические феномены: комплексы «пик-медленная», «острая-медленная» волна, трехфазные волны. Феномены имели диффузный характер на ЭЭГ, даже в случае латерализованного преобладания; у 3 детей они были постоянными в течение всей записи, у 2 – динамически развивающимися. При однократной записи ЭЭГ определялись грубые изменения, однако трактовка не во всех случаях была однозначной, так как данные патологические феномены на ЭЭГ могут быть как результатом БЭС, так и проявлением тяжелого острого поражения мозга. Для дифференциальной диагностики мы назначали противосудорожную терапию и проводили динамический контроль ЭЭГ, а также использовали пробу с введением противосудорожных препаратов на фоне записи ЭЭГ. При этом наличие положительной динамики на ЭЭГ в виде уменьшения или отсутствия эпилептиформных феноменов, периодических разрядов расценивалось в пользу БЭС. Таким образом, диагностика БЭС невозможна без анализа нейрофизиологических данных ЭЭГ. Рекомендуется проведение противосудорожной терапии под контролем ЭЭГ и ЭЭГ с лекарственной пробой.

АНАЛИЗ СПЕКТРА И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Скепьян Е.Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Актуальность. Инфекция мочевых путей (далее – ИМП) – синдром, включающий в себя клинически манифестные инфекции верхних и нижних мочевых путей, бессимптомную бактериурию. В среднем около 15% всех амбулаторно назначаемых антибиотиков выписываются по поводу ИМП. Распространенность ИМП в детском возрасте составляет

около 18 случаев на 1000 детского населения, а частота развития зависит от возраста и пола. По возникновению выделяют внебольничные и нозокомиальные ИМП, при этом наиболее частыми патогенами внебольничных ИМП являются *escherichia coli* (60–90%) (далее – *e. coli*), реже – *enterococcus spp.* (далее – *ent.*), *staphylococcus spp.*

Цель исследования: изучить спектр и чувствительность к противомикробным лекарственным средствам (далее ЛС) возбудителей, вызывающих внебольничные ИМП у детей в соответствии с применяемой фармакотерапией. Материал и методы. Были проанализированы результаты обследования на бактериурию перед началом антибиотикотерапии у 202 детей с ИМП, обращавшихся за амбулаторной помощью в третью городскую детскую клиническую поликлинику г. Минска в период с 01.01.2016г. по 31.12. 2019г. Бактериологическое исследование мочи проводили в городской санитарно-эпидемиологической станции, центре эпидемиологии и микробиологии г. Минска.

Результаты. У 83 (41%) из 202 пациентов были обнаружены различные возбудители и их комбинации (n=7), преобладали девочки (n=62, 74,7%). Степень бактериурии варьировала от 105 до 108 КОЕ/мл. У пациентов с выделенным одним возбудителем (n=76) среди доминирующей грамотрицательной микрофлоры (n=57; 68,67%), превалировала *e. coli* (51,8%; n = 43); удельный вес грамположительной микрофлоры составил 22,89% (n = 19) с преобладанием *ent. faecalis* (n = 12; 14,46%). У пациентов с обнаруженными комбинациями патогенов (n = 7, 8,4%) в структуре бактериальных ассоциаций доминировали двухкомпонентные с основными ассоциантами *e. coli* и *ent. faecalis*. Острым пиелонефритом (n = 8, 9,6%) страдали дети различных возрастных групп, больше девочки (75%) с преимущественным выделением грамотрицательных микроорганизмов (62,5%): *e. coli*, реже *klebsiella pneumoniae*. У детей от 10 до 14 лет регистрировались различные патогены и их комбинации, в то время как у младших детей *e. coli*. Хроническим пиелонефритом (n = 10, 12%) болели преимущественно девочки (80%) в возрасте от 5 лет. В структуре патогенов преобладали грамотрицательные микроорганизмы (70%): *e. coli* (n = 5; 62,5%) (в ассоциации с *pseudomonas aerogenes*, n = 1), *enterobacter cloacae* (n = 1), *morganella morganii* (n = 1). *Ent. faecalis* был выявлен у троих пациентов (30%). Предварительный диагноз ИМП (n = 39, 47%) преобладал у девочек (n = 33; 84,6%), детей до 1 года (36%). Среди выделенных микроорганизмов превалировали: *e. coli* (n = 28; 71,8%) и *enterococcus faecalis* (n = 5; 12,8%), *proteus mirabilis* (n = 2). При анализе чувствительности к противомикробным ЛС оказалось, что *e. coli* (n = 43) была чувствительна к нитрофурантоину (100%), амоксицилину/клавуланату (80%), цефуроксиму (72,2%), ципрофлоксацину (88,9%), норфлоксацину (86,7%), гентамицину (90,5%), амикацину (100%), в меньшей степени к ампициллину (55,8%), котримоксазолу (50%). *Ent. faecalis* был чувствителен к нитрофурантоину (90%), амоксицилину/клавуланату (100%), доксициклину (71,4%), ванкомицину (100%), линезолиду (100%), крайне мало к эритромицину (10%). Выводы. Согласно действующим клиническим протоколам диагностики и лечения детей с заболеваниями мочеполовой системы рекомендован достаточно широкий выбор различных групп противомикробных ЛС. Однако в педиатрической практике при определении тактики выбора противомикробных ЛС необходимо помнить о бактериостатическом действии нитрофуранов, несмотря на хорошую эффективность *in vitro*, токсичность и недостаточную эффективность сульфаниламидов в комбинации с триметопримом, наличие возрастных ограничений в приеме фторхинолонов, отсутствие значимой активности в отношении энтерококков у антибиотиков цефалоспоринового ряда. Особую сложность представляет лечение пациентов с выделением двух и более патогенов (*e. coli* и *ent. faecalis*), пациентов с хроническим пиелонефритом, врожденными аномалиями мочевых путей. Крайне важным для определения грамотной тактики лечения пациентов с ИМП является проведение мониторинга, в различных регионах страны, в разных отделениях стационара и на амбулаторном этапе для определения спектра и чувствительности выделенных патогенов к противомикробным лекарственным средствам.

АКТИВНОСТЬ ЛАКТАЗЫ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ (МВ): СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА С ПОМОЩЬЮ ДВУХ МЕТОДОВ

Соколов И., Симонова О.И., Рославцева Е.А., Лохматов М.М.
Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Министерства здравоохранения РФ», Москва

Актуальность. Жалобы на диспепсические расстройства в виде диареи, вздутия и болей в животе у некоторых детей с МВ нередко сохраняются даже при адекватной заместительной ферментотерапии хронической панкреатической недостаточности. Мы предположили, что причиной этого может быть лактазная недостаточность.

Цель: провести оценку активности лактазы у детей, больных МВ, с тяжелой внешнесекреторной панкреатической недостаточностью, с помощью двух разных методик и сравнить их результаты, для определения необходимости диетической коррекции лактазной недостаточности. Материалы и методы. Работа выполнена в пульмонологическом отделении ФГАУ «НМИЦ Здоровья Детей» МЗ РФ. В исследование включены 20 детей с установленным диагнозом МВ, в возрасте от 11 мес до 17 лет 11 мес, 11 девочек и 9 мальчиков. У 7 детей общее состояние оценено как среднетяжелое, у 13 – как тяжелое. У всех детей установлена тяжелая внешнесекреторная панкреатическая недостаточность. В диете не ограничивались содержащие лактозу молочные продукты. Всем детям определялась активность лактазы в биоптате слизистой оболочки тощей кишки, при проведении эзофагогастродуоденоскопии, с помощью полуколичественного экспресс-теста «Lactose Intolerance quick test» компании «Biohit Oyj», Финляндия. При обнаружении умеренной или тяжелой гиполактазии с помощью экспресс-теста, для сравнения проводился гликемический нагрузочный тест с лактозой (1 г/кг массы тела, но не более 50 г).

Результаты. Снижение лактазной активности в биоптатах тонкой кишки обнаружено у 9 из 20 (45%) детей: тяжелая степень гиполактазии в 5 (25%) и умеренная в 4 (20%) случаях. Нагрузочный тест с лактозой оказался положительным только у 5 детей, у которых обнаружена тяжелая гиполактазия по результатам экспресс-теста, и только у 1 ребенка в течение 24 ч после нагрузочного теста появились такие жалобы, как частый, жидкий стул и тошнота.

Выводы. Первые результаты сравнительного анализа данных методик определения лактазной недостаточности у детей с МВ показывают, что гликемический нагрузочный тест с лактозой является более специфичным. Однако для уточнения истинной частоты лактазной недостаточности у детей с МВ для коррекции диеты исследования будут продолжены на большем количестве данных пациентов.

СИНДРОМ МАКЛЕОДА: РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОДНОСТОРОННЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ЭМФИЗЕМЫ

Стежкина Е.В., Слепцова М.А., Моргунова В.В., Агапова А.И., Смирнова В.В., Красулина О.А., Вулев А.Д.
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Областная детская клиническая больница имени Н.В. Дмитриевой», Рязань

Цель исследования. Изучить клиническую картину пациента с синдромом Маклеода и уметь дифференцировать исследуемый синдром с другими патологиями бронхолегочной системы.

Задачи исследования: 1. Выявить особенности клинической картины пациента с синдромом Маклеода. 2. Исследовать особенности функциональных и рентгенологических изменений пациента с данной



патологией. 3. Оценить клиническую и функциональную динамику больного с синдромом Маклеода.

Материалы и методы исследования: 1. Ретроспективное исследование истории болезни мальчика 13 лет. 2. Исследование функции внешнего дыхания методом спирометрии. 3. Оценка динамики рентгенкомпьютерной томографии.

Результаты исследования. Анамнез: В течение 2–3 лет ребенка беспокоила одышка и экспираторные свисты в груди при физической нагрузке. При ФВД – выраженные обструктивные изменения. Обследован по месту жительства. КТ – картина лобарной эмфиземы верхней и нижней долей правого легкого. С сентября 2018 года наблюдается в торакальном отделении РДКБ. Пневмосцинтиграфия от 26.09.18 – распределение правое легкое 49%. Левое легкое 51%. Разница составляет 2% (в норме значение функции правого легкого на 5–7% превышает значение функции левого легкого). Заключение: скнтиграфические признаки выраженного нарушения перфузии в С2, С3, С4 правого легкого. Относительное снижение перфузии правого легкого не выявлено. От оперативного лечения решено воздержаться. Межгоспитальный период протекал спокойно. Поступает повторно в плановом порядке. Обследования: Рентгенография органов грудной клетки от 27.08.19. Заключение: По сравнению с 25.09.18. Сохраняется и усилилось неравномерное вздутие верхней доли правого легкого – врожденная лобарная эмфизема части верхней доли справа (и заднебазальных сегментов НД?). Верхняя доля правого легкого пролабирует влево по типу медиастинальной грыжи, смещает тень верхнего средостения, пневматизация неравномерная, легочный рисунок обеднен, изменен, отмечаются участки вздутия паренхимы. Междолевая плевра реактивно смещена вниз, из-за вздутия. Средняя доля стабильно компримирована, уменьшена в объеме – гипоплазия? Легочный рисунок в ней сгущен, по-прежнему обогащен, стенки бронхов утолщены, отмечаются пневмофиброзные линейные уплотнения. Легочный рисунок слева обогащен в медиальных отделах. Корни малоструктурны, не расширены, не уплотнены, рисунок их обогащен. Тень средостения не расширена. Тень сердца не изменена, не расширена. Костальная плевра не изменена. Плевральные синусы: латеральные запаяны, свободны. Диафрагма справа уплощена, с четкими, ровными контурами, слева расположена обычно. ФВД от 27.08.19г ФВД – умеренно снижено форсированное ФЖЕЛ, генерализованные нарушения бронхиальной проводимости, значительно выраженные в периферических. 27.08.19. Консультирован профессором Разумовским А.Ю. Заключение: по данным пневмосцинтиграфии от 26.09.18. Нарушение перфузии S 2–3–4 левого легкого. ФВД снижение ФЖЕЛ. Показано оперативное лечение в плановом порядке. Заключение: у ребенка имеется лобарная эмфизема верхней и нижней долей правого легкого компенсированная форма, без значительного смещение средостения и выраженных клинических проявлений. В связи с контактом с больным риновирусной инфекцией выписан домой без перемен.

Выводы. 1. Синдром Маклеода – является редким и сложным заболеванием, часто протекающим под маской другой бронхолегочной патологии и является диагнозом исключения. 2. Золотой стандарт диагностики – РКТ и пневмосцинтиграфия. 3. Цель ведения пациента – сохранение функции легких. Первичная контрольная точка наблюдения – динамика снижения ОФВ1.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ

Суров Р.В., Лазишвили М.Н., Шмыров О.С., Кулаев А.В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Морозовская детская городская клиническая больница
Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Удаление крупных конкрементов и коралловидных камней чашечно-лоханочной системы почки у детей остается сложной, и, до конца нерешенной проблемой. Такая высокоэффективная минимально инвазивная технология, как чрескожная перкутанная нефролитотрипсия (ЧКНЛ), широко используемая во взрослой урологии, все еще остается редкой в практике детского уролога. Причина этому – относительно малое количество подобных пациентов и отсутствие достаточного материально-технического оснащения в детской сети. С начала 2019 года в отделении детской урологии-андрологии и плавного хирургии прошли лечение 7 пациентов от 1,5 до 15 лет с крупными конкрементами лоханки (более 2 см) и коралловидными камнями, занимающими лоханку, а также 1 и более чашечек. У 6 пациентов была выполнена мини-ЧКНЛ с помощью нефроскопа 12 Ch. Всем детям предварительно устанавливался мочеточниковый катетер для введения контрастного вещества в чашечно-лоханочную систему (ЧЛС). В зависимости от локализации камня под контролем УЗИ и рентгеноскопии проводилась пункция задней нижней или средней чашечки. По проводнику проводилось бужирование рабочего канала и устанавливался нефроскоп в ЧЛС. Конкремент разрушался до мелких фрагментов с помощью гольмиевого лазера в режиме dusting. Крупные фрагменты удалялись с помощью щипцов, конкременты менее 1 мм были оставлены в ЧЛС и впоследствии отходили самостоятельно. На 3–5 дней после операции устанавливалась нефростома. У 1 пациента с коралловидным камнем, занимающим лоханку и все группы чашечек, выполнено ретроперитонеоскопическое выделение лоханки через которую введен нефроскоп, в последующем процедуры была аналогичной. У 6 пациентов конкремент был полностью удален в результате одного вмешательства. Одному пациенту с плотным конкрементом, у которого сохранялись резидуальные фрагменты, была выполнена повторная нефролитотрипсия через ранее сформированный нефротомический канал. У всех пациентов достигнуто состояние «stone free», ЧЛС полностью освобождена от конкрементов. Осложнений не было. Таким образом, минимально инвазивные процедуры для удаления крупных и коралловидных камней у детей, такие как чрескожная нефролитотрипсия, показывают высокую эффективность и безопасность. Применение этой технологии требует опыта и соответствующего аппаратно-технического обеспечения.

ИНВАЗИВНЫЕ МИКОЗЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – НЕОНАТОЛОГА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Сытова Е.А., Панина О.С., Черненко Ю.В.
Саратовский государственный медицинский университет имени
В.И. Разумовского, Саратов

Несмотря на успешное использование антимикотических препаратов, проблема микозов в неонатологии остается по-прежнему актуальной. Среди них особый интерес представляют инвазивные микозы (ИМ), частота которых за последние годы значительно возросла. Наиболее частыми возбудителями ИМ являются *Candida spp.* Основные предикторы развития инвазивных микозов у новорожденных детей включают в себя малый гестационный возраст и низкую массу тела при рождении. Цель исследования: анализ особенностей диагностики и лечения резистентных инвазивных микозов у новорожденных детей.

Материалы и методы: в работе представлен анализ истории развития новорожденного с установленным диагнозом инвазивный микоз. Пациент В. рожден от 3 беременности, 3 преждевременных родов, путем операции Кесарево сечение. Гестационный возраст 26 недель, масса тела при рождении 780,0г, рост 31см. Оценка по шкале Апгар 3–4 балла. В связи с тяжестью состояния, обусловленной вентиляционно-перфузионными нарушениями, неврологической симптоматикой и выраженной морфо-функциональной незрелостью, ввиду глубокой недоношенности, ребенок пребывал в ОРИТН. В возрасте 1 месяца 2 суток при проведении анализа мочи на флору был обнаружен рост дрожжеподобных грибов рода *Candida albicans* 1,0*10⁴ м/кл в 1 мл. При этом анализ крови на флору роста не дал. При проведении УЗИ почек обнаружено расширение лоханок за счет формирования грибкового эмбола с обеих сторон. Выставлен диагноз: инвазивный кандидоз. Начато эмпирическое лечение Флюконазолом. Однако эффект от проводимой терапии отсутствовал – рост эмболов продолжался. После получения результатов чувствительности к антимикотикам, начата этиотропная терапия Амфотерицином В. Положительная динамика не наблюдалась. Амфотерицин В заменен на Микамин. На фоне лечения, размеры правой почки возвращаются к норме, однако расширение ЧЛС и диффузные изменения почек сохраняются с обеих сторон. Слева обнаруживаются плотные эмболы (предположительно кальцинаты). При дальнейшей оценке динамики состояния пациента, обнаружено уменьшение размера эмбола справа при одновременном увеличении размеров слева. После кратковременной стабилизации состояния, эмбол справа вновь увеличивается в размерах, а впоследствии и слева, несмотря на проводимую антимикотическую терапию с учетом чувствительности возбудителя. Результаты и обсуждения: в большинстве случаев грибковой инфекции у пациентов, стандартные антимикотические препараты оказываются эффективными. Однако инвазивные кандидозы представляют собой самый тяжелый вариант течения, что обусловлено не только резистентностью к антимикотикам, имеющимся в стационаре, но и неспецифической клинической картиной, высокой частотой ложно-отрицательных культур. В случае данного пациента, несмотря на тяжесть течения заболевания, а также несмотря на отсутствие эффекта от препарата, к которому была выявлена чувствительность у *Candida albicans*, все-таки удалось подобрать эффективное лекарственное средство. На фоне положительной динамики и стабилизации состояния, ребенок был переведен в отделение патологии новорожденных, а затем выписан. В настоящее время ведется дальнейшее наблюдение с участием врачей нефрологов, урологов и педиатров.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИЕТОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОТОРИКИ КИШЕЧНИКА

Тарасова О.В., Алексеева И.Г., Денисова С.Н., Ревакина В.А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Москва, Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, Москва

Введение. Механизм развития толерантности к пищевым аллергенам зависит от особенностей местного иммунитета кишечника. Кроме того, бифидогенные бактерии, населяющие толстый кишечник, также участвуют в реализации иммунологических защитных механизмов. Целью работы было оценить эффективность персонализированного гипоаллергенного (ГА) прикорма у детей раннего возраста с атопическим дерматитом (АД) и функциональными нарушениями моторики кишечника (ФНМК), находящихся на естественном вскармливании.

Материалы и методы. Основную группу составили 33 ребенка раннего возраста на естественном вскармливании (ЕВ) с АД, ассоциированным с непереносимостью белков коровьего молока (БКМ). Всем детям проводилось комплексное лечение, которое включало ГА диету с исключением молока и молочных продуктов для их кормящих матерей и противоаллергической терапии для детей. Среди детей основной группы 19 детей получали персонализированный ГА овощной прикорм с 4,5–5 месяцев жизни, у 14 детей этой группы прикорм не вводили. В группу сравнения вошли 43 здоровых ребенка первого года жизни, находившихся на ЕВ с прикормом. Длительность наблюдения за детьми составила от 28 до 30 дней. Всем детям было проведено исследование микробиоты кишечника количественным методом в соответствии с методическими рекомендациями Р.В. Эпштейн-Литвак и Ф.Л. Вильшанской. Статистическая обработка фактического материала выполнена с применением программы Microsoft excel 2007, при помощи пакетов прикладных программ StatSoft Statistica 12.0.

Результаты. В основной группе у 77% пациентов с АД на ЕВ до введения прикорма были симптомы ФНМК: кишечная колика, метеоризм, изменения консистенции стула, а также лактазная недостаточность. У большинства (67,4%) пациентов основной группы стул был желтым, кашицеобразная консистенция фекалий по частоте не отличалась от здоровых детей из группы сравнения (53,5%), но в 1,5 раза чаще наблюдался разжиженный (18,6% с) и в 2,7 раза чаще имела место зеленая окраска фекалий (11,6%). В группе сравнения у 46,5% здоровых детей на ЕВ стул был кашицеобразный без посторонних примесей. У части детей из этой группы отмечалась разжиженная консистенция стула (36,3%) и запор (18,1%), которые также были расценены, как симптомы ФНМК. На фоне ЕВ и введенного ГА прикорма частота запоров у детей с АД отмечалась реже по сравнению с детьми этой же группы, но не получавшими прикорм (7,1% и 26,3% детей соответственно). Количество детей с АД с разжиженным стулом было одинаковым независимо от получения или отсутствия прикорма (26,3% и 21,4% больных соответственно). Частота зеленого и желтого цвета фекалий не отличалась среди больных с АД, как получавших ГА прикорм, так и у детей без него. На фоне прикорма у больных с АД на ЕВ с прикормом частота разжиженного стула была выше, чем у здоровых младенцев (26,3% и 4,7% случаев). У здоровых младенцев с прикормом отсутствовал зеленый цвет фекалий, а у больных он встречался в 21,4% случаев. На фоне прикорма, как у больных, так и у здоровых детей отмечалась положительная динамика в отношении ряда условно-патогенных микроорганизмов кишечной микробиоты: имело место снижение роста подвидов кишечной палочки (лактозонегативной и гемолизующей кишечной палочки), золотистого стафилококка и других условно-патогенных бактерий. При сравнении кишечной микрофлоры больных и здоровых детей, получающих прикорм, отмечалось сохранение тех же отличий, что и до введения прикорма, за исключением содержания золотистого стафилококка. Заключение. Введение персонализированного ГА прикорма больным с АД, находящимся на ЕВ, оказывало положительное влияние на симптомы ФНМК и состояние кишечной микробиоты.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В IV–V КЛАССАХ МОТОРНОЙ АКТИВНОСТИ GMFCS

Титова О.Н., Матинян И.А., Таран Н.Н., Павловская Е.В., Багаева М.Э., Зубович А.И., Строкова Т.В.
Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, Москва

Детский церебральный паралич (ДЦП) является основной причиной детской неврологической инвалидности в мире. По данным ВОЗ



количество детей, рожденных с диагнозом детский церебральный паралич, составляет 3–4 случая на 1000 рожденных. Нутритивный дефицит – распространенная проблема пациентов с ДЦП. Недостаточное поступление питательных веществ и энергии повышает риск развития интеркуррентных заболеваний и их осложнений, побочных эффектов терапии, трофических нарушений, увеличивает частоту госпитализаций и длительность пребывания в стационаре, снижает эффективность реабилитационных мероприятий. Цель исследования. Оценить частоту встречаемости различных форм белково-энергетической недостаточности у детей с ДЦП в тяжелых классах моторной активности на основании клинико-лабораторных данных.

Пациенты и методы. В отделении педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии ФИЦ питания и биотехнологии обследовано 129 детей с подтвержденным диагнозом ДЦП, тяжелый класс моторных нарушений (IV и V класс GMFCS) в возрасте от 4 до 18 лет. Всем детям были проведены: антропометрия, измерение кожной складки над трицепсом, расчет запасов соматического пула белка, определение уровня альбумина в сыворотке крови, определение абсолютного числа лимфоцитов крови. Оценка антропометрических данных проводилась с использованием центильных таблиц, разработанных для пациентов с ДЦП, учитывающих систему оценки глобальных моторных функций (Gross Motor Function Classification System, GMFCS). Полученные центильные показатели конвертированы в сигмальные отклонения Z-score, чтобы классифицировать степень дефицита веса или задержку роста согласно рекомендациям ВОЗ. Измерение толщины кожно-жировой складки над трицепсом проводилось методом калиперометрии. Расчет запасов соматического пула белка проводился по формуле $ОМП(см) = ОП(см) - 3,14 \times ТКС(см)$. Оценка указанных показателей проводилась с использованием центильных таблиц.

Результаты. Среди всех 129 детей – 110 (85,2%) имели признаки недостаточности питания в виде дефицита массы тела различной степени, снижения запасов соматического пула белка (по данным ОМП) и жировой ткани. У 18 (14%) пациентов зарегистрированы нормальные показатели Z-score индекса массы тела (ИМТ), и у 1 (0,8%) ребенка выявлена избыточная масса тела. Среди 110 пациентов с признаками недостаточности питания у 98 (89%) детей зафиксирован дефицит массы тела различной степени; у 12 (11%) детей, несмотря на нормальное значение Z-score ИМТ, отмечено снижение запасов соматического пула белка. У 2 из 12 (16,6%) детей помимо истощения мышечного пула белка выявлено снижение доли жировой ткани. Среди детей (n=98), у которых был выявлен дефицит массы тела (Z-score ИМТ < -1), снижение запасов соматического пула белка и недостаток жировой ткани регистрировались у 81 (82,6%) и 50 (51%) пациентов соответственно. У 46 (46,9%) детей выявлены нарушения питания по типу маразма (Z-score ИМТ < -3, снижение запасов соматического пула белка и жировой ткани при нормальном уровне сывороточного альбумина и лимфоцитов в периферической крови). Нарушений питания по типу квашиоркора или белково-энергетической недостаточности смешанного характера в обследуемой группе детей не зарегистрировано. У 4 детей (V класс GMFCS) выявлено снижение уровня альбумина крови ниже 35 г/л (29–33 г/л) без клинических проявлений. Медиана расчетного показателя Z-score ИМТ у детей V класса GMFCS статистически значимо ниже, чем у детей IV класса GMFCS (p=0,03). Также выявлены статистически значимые различия при сравнении показателей толщины кожно-жировой складки (p=0,02), уровня альбумина крови (p=0,01), соматического запаса пула белка (p=0,005). Не обнаружено статистически значимых различий уровня лимфоцитов в абсолютном количестве между этими группами (p=0,8).

Заключение. Для более точной оценки пищевого статуса пациентов с ДЦП в тяжелых классах моторной активности наряду с антропометрией целесообразно использовать метода калиперометрии и формул расчета запасов соматического пула белка, с целью определения степени дефицита основных компонентов состава тела при отсутствии возможности проведения биоимпедансометрии. Наиболее выраженные нарушения

питания характерны для пациентов V класса GMFCS. У детей с хронической белково-энергетической недостаточностью наиболее частым тяжелым проявлением нарушения питания является нарушение по типу маразма.

РИСКИ ЗДОРОВЬЮ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО СЕЧЕНОВСКОГО ПРЕДУНИВЕРСАРИЯ И МЕДИКО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Тикашкина О.В., Макарова А.Ю.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России» (Сеченовский Университет), Москва

Цель исследования: –изучить факторы риска здоровью у подростков, обучающихся в Ресурсном центре «Сеченовский медицинский предвуниверсарий»; –обосновать необходимость проведения профилактических мероприятий.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие 163 учащихся Ресурсного центра, в том числе 52 (31,91%) юношей и 111 (68,09%) девушек в возрасте 15–17 лет. Использовались Федеральные рекомендации «Алгоритм определения уровня санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации» для изучения поведенческих факторов риска использована анкета для школьников, адаптированная на основании опросника «Поведение детей в отношении здоровья» (Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)) а так же в качестве инструмента для выявления неврологических нарушений, использовалась анкета экспресс-диагностики нарушений психического здоровья для учащихся, разработанная Научным центром здоровья детей РАМН НИИ ГиОЗДиП.

Результаты. По результатам гигиенической оценки условий и режима обучения детей в общеобразовательных организациях данное учреждение можно отнести ко II группе санитарно-эпидемиологического благополучия. Наблюдается превышение количества обучающихся, которые тратят более 30 минут на дорогу в образовательное учреждение, что в первую очередь связано с особенностью приема подростков на конкурсной основе на основании выбора ими медицинского профиля обучения, а не территориального признака. Так же доступность спортивных залов и сооружений затруднена. Не предусмотрены помещения для занятий физической культурой, для них используются внешкольные сооружения, расположенные более чем в 25 минутах пути. Выявлены недостаток медицинского персонала – отсутствие медицинской сестры и график работы врача-педиатра организуется по специальному графику. В учебных помещениях отсутствуют приборы для измерения температуры и влажности воздуха, что негативно сказывается на организации режима проветривания, что приводит к повышению температуры воздуха до 25°C. Оценка организации обучения показала, что увеличение недельной нагрузки, нарушение структуры построения расписания, приводит к неблагоприятным сдвигам у более чем половины обучающихся. Так в конце недели утомление различной степени выраженности имеют 61,4% старшеклассников, при этом к началу недели более чем у 30% сохраняется начальная степень утомления. Выявлены факторы риска, связанные с поведением подростков: недостаток личного времени у 20,5±3,28%, дефицит потребления мяса 46–56%; овощей и фруктов (49±3,06% и 40,4±3,39% соответственно). Каждый третий обучающийся питается нерегулярно, а 84,8±2,97% имеют 5–6 часовые перерывы между приемами пищи при 3-разовом питании. Не завтракают 35±3,08%. Только половина (49,7±4,06%) обучающихся занимается физкультурой 4 раза и более в неделю. Средняя длительность ночного сна составила 6,52±1,2 часа. Меньше необходимой нормы на 1 час спят 81,7%. 8 и более часов

имеют лишь 18,3% школьников. Старшеклассники жалуются на частые головные боли у четверти опрошенных, боли в спине (19,21±3,20%), раздражительность и ощущение беспокойства (37,8±3,93%). Учащиеся предъявляют жалобы, связанные с торможением когнитивных функций: навязчивые мысли (84%), забывчивость (77,5%), понижение настроения (61%); симптомов вегетативной лабильности: ощущение сердцебиения (64%) и потливость рук (61%). Изучение информированности о факторах риска у обучающихся показало, что чуть больше половины учащихся имеют информированность о факторах риска здоровью и только у 50% классов наличествует установка на ведение ЗОЖ.

Выводы. Условия обучения в Ресурсном центре Сеченовский предвуниверсарий соответствуют 2 группе санитарно-эпидемиологического благополучия, то есть имеющего риски здоровью обучающихся. Результаты изучения рисков здоровью учащихся Ресурсного центра, их образа жизни, качества жизни, бюджета времени и условий обучения позволили установить негативные факторы: нездоровое питание, значительная гиподинамия, риски, связанные с нездоровым образом жизни, высокий уровень школьной нагрузки и уровень информатизации. Однако имеется выраженное накопление жалоб, отражающего высокую невротизацию. Это дает основание предположить ухудшение психического здоровья, причины которого кроются в увеличении учебной нагрузки, нарушении режима дня, хронического недосыпания. Выполненные исследования диктуют необходимость разработать систему профилактических мероприятий для органов управления образования, управления здравоохранением, родителей и обучающихся.

ДЕТИ С TAR-СИНДРОМОМ: ЛЕЧЕНИЕ, ВЫЖИВАЕМОСТЬ, РЕАБИЛИТАЦИЯ

Ткаченко Т.Г., Волкова Е.Д., Юдакова М.С.

Рязанский государственный медицинский университет, Областная детская клиническая больница имени Н.В. Дмитриевой, Рязань

Введение. TAR-синдром (thrombocytopenia-absent radius syndrome, тромбоцитопения с отсутствием лучевых костей) характеризуется двусторонней аплазией или гипоплазией лучевых костей при обязательной сохранности 1-х пальцев кисти и тромбоцитопенией. Развитие TAR-синдрома связано с мутациями гена RBM8A, аутосомно-рецессивный путь наследования. Мутации в гене приводят к дефициту РНК-связывающего белка 8A, что связано с нарушением процессов развития опорно-двигательной системы и образования тромбоцитов. Около 40% детей погибают в младенчестве от тяжелых кровотечений, обусловленных тромбоцитопенией, частота которых с возрастом постепенно уменьшается. Частота встречаемости синдрома в мире от 1 случая на 100 000–240 000 человек. Частота встречаемости в РФ неизвестна. В Рязанской области за последние 20 лет диагностировано 4 случая данного заболевания. Приводим клинические наблюдения TAR-синдрома.

Материалы и методы. Случай № 1: ребенок от 2 беременности, первый ребенок здоров. На второй день жизни кровотечение из пупочной ранки, гематурия, кожный геморрагический синдром, отмечена аплазией лучевых и локтевых костей, в анализе крови единичные тромбоциты. На пятый день жизни, на фоне выраженного геморрагического синдрома (желудочно-кишечное, почечное кровотечение, внутричерепное кровоизлияние) наступила гибель ребенка. Случай № 2 и 3: дети поступили в первый день жизни с аплазией лучевых костей, тромбоцитопенией, геморрагическим синдромом. В течение года находились на стационарном лечении. К шести месяцам наблюдалось повышение тромбоцитов до 50–60х10⁹/л, к году до 80–100х10⁹/л, геморрагического синдрома нет. Оба ребенка (9 лет девочка и 12 лет мальчик) наблюдаются у гематолога. На протяжении последних пяти лет количество тромбоцитов стабильно выше 100х10⁹/л. Девочке проведены ортопедические операции по удлинению рук, оба ребенка планово вакцинированы; они одаренные музыкально и литературно,

успешно обучаются, в том числе игре на музыкальном инструменте. Случай № 4 от 2020 года. Девочка 2 месяцев, от первой беременности, анамнез не отягощен. Аплазия лучевых костей была выявлена пренатально, на 34 неделе беременности. С рождения кожный геморрагический синдром, желудочное кровотечение, в анализе крови единичные тромбоциты. На протяжении 2 месяцев дважды в день переливание концентрата тромбоцитов, по показаниям заместительная гемотранфузия эритроцитарной массы. На грудном вскармливании, физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту. В настоящее время ребенку 4,5 месяца, количество тромбоцитов не стабильное.

Выводы. TAR-синдром – редко встречающееся генетическое заболевание, однако его пренатальная диагностика возможна. Лечение длительное, тяжелое и не дает 100% гарантий выздоровления. При этом совместные усилия родителей и медицинских работников позволяют детям уверенно жить в социуме.

СЛУЧАИ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ткаченко Т.Г., Филимонова А.Ю., Вишнякова Д.А., Боженова Л.В., Хлынцева К.В.

Рязанский государственный медицинский университет, Областная детская клиническая больница имени Н.В. Дмитриевой, Рязань

Актуальность. Врожденный гиперинсулинизм (ВГИ) – наследственное, генетически детерминированное заболевание, характеризующееся неадекватной гиперсекрецией инсулина β-клетками поджелудочной железы, что приводит к развитию персистирующих гипогликемических состояний. Частота 1:30 000–1:50 000 новорожденных. У 30–40% пациентов с ВГИ отмечается задержка психомоторного развития, у 15–20% формируется автономная эпилепсия, требующая противосудорожной терапии. В 70% случаев причиной заболевания является дефект одного из генов: KCNJ11, ABCC8, GCK, GLUD1, HADH, HNF4α, INSR и UCP2. В 30% случаев не удается выявить дефектов в указанных генах. Основной диагностический критерий – повышение инсулина в плазме ≥2,0 Ед/мл момент гипогликемии. В Рязанской области за последние 10 лет зафиксировано 3 случая ВГИ. Приводим клинические наблюдения двух последних случаев за 2019 год.

Материалы и методы. Первый пациент: ребенок от I беременности ЭКО, осложненной угрозой прерывания (17 нед), миомой матки, анемией I ст, роды срочные путем кесарева сечения. Вес 3850 г, длина 54 см. С конца первых суток жизни частые эпизоды апноэ по 1,5 мин с десатурацией до 75%. Глюкоза крови 1,5 ммоль/л, на фоне инфузии 10% глюкозы сохранялась неврологическая и респираторная симптоматика. Переведен в стационар с диагнозом: неонатальная гипогликемия неясной этиологии, церебральная ишемия. Инсулин – 9,1 Ед/мл на фоне гипогликемии 1,5 ммоль/л. Второй пациент: ребенок от II беременности, ОРВИ в 1 триместре, инфекция половых путей. Роды II срочные, самопроизвольные, масса 2800 грамм, длина 50 см. Со вторых суток жизни – ухудшение состояния. Инсулин – 7,1 Ед/мл на фоне гипогликемии 0,9 ммоль/л. В обоих случаях, при проведении компьютерной томографии (КТ) брюшной полости – картина гиперплазии надпочечников, головного мозга – перивентрикулярные гипоксические изменения; В стационаре, в обоих случаях, состояние стабильное, нормогликемия поддерживается только на фоне инфузий 20% глюкозы со скоростью 10 мл/кг/мин, при снижении скорости до 7 мл/кг/мин регистрируются эпизоды гипогликемии до 2,5 ммоль/л. Начата терапия октреотидом 12 мкг/сут с увеличением дозы до 30 мкг/сут в обоих случаях. На этом фоне – снижение скорости подачи глюкозы до 5–6 мг/кг/мин и угасание неврологических нарушений, прибавка массы тела. Оба ребенка переведены для дальнейшего лечения в ФГБУ НМИЦ эндокринологии МЗ России, где при генетическом исследовании были обнаружены



подтверждающие диагноз дефекты гена *ABCC8* у одного ребенка и дефект *KCNJ11* у другого. Назначено лечение – диазоксид через помпу.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ГЕТЕРОТОПИЧЕСКИМ УРЕТЕРОЦЕЛЕ И РЕЗКИМ СНИЖЕНИЕМ ФУНКЦИИ ВЕРХНЕГО СЕГМЕНТА

Туров Ф.О., Зоркин С.Н.

Национальный медицинский исследовательский Центр Здоровья Детей, Москва

Цель исследования. Улучшение результатов оперативного лечения детей с патологией верхних мочевыводящих путей с использованием минимальноинвазивного метода оперативного лечения. Материалы и методы исследования. В исследование было включено 40 детей с удвоением верхних мочевыводящих путей, у которых было диагностировано наличие гетеротопического уретероцеле. В основную группу включено 22 ребенка, которым была выполнена лапароскопическая геминефруретерэктомия с отсутствием или резким снижением функции верхнего сегмента удвоенной почки и наличием гетеротопического уретероцеле. Для сравнительного анализа результатов оперативного лечения была составлена контрольная группа с ретроспективным анализом из 18 детей, которым была выполнена операция в объеме эндоскопической электрорезекции уретероцеле с отсутствием функции либо резким снижением функции верхнего сегмента.

Результаты. В основной группе лапароскопическая полная уретерэктомия выполнена в 7 случаях, частичное удаление мочеточника в 15 случаях ($p < 0,001$). Двустороннее удвоение почек и мочеточников имело место в 2 случаях. У всех детей выявлено гетеротопическое уретероцеле верхнего сегмента. В контрольной группе, в которой первоначально было выполнено эндоскопическое рассечение уретероцеле верхнего сегмента почки, по нашим наблюдениям в 7 случаях у детей в догоспитальном периоде протекал острый пиелонефрит ($p < 0,001$). Заключение: Данное исследование свидетельствует о том, что у детей с гетеротопическим уретероцеле верхнего сегмента и резким снижением функции данного сегмента приоритетнее выполнение лапароскопической геминефруретерэктомии без наложения лигатуры или клипс на мочеточник и без применения эндоскопической электрорезекции уретероцеле первым этапом.

ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ПРИ ЧЕМ ТУТ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА?

Устинова Н.В., Бебчук М.А.

Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения Москвы, Научно-исследовательский институт педиатрии «Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная клиническая больница РАН», Москва

Введение. В XXI веке расстройства аутистического спектра (РАС) уже не рассматриваются только в рамках детской психиатрии. Отмечается возросший интерес к проблеме сопутствующих (непсихических) нарушений при РАС, который отражается нарастающим количеством научных публикаций, посвященных этой тематике. Указывается на частую ассоциацию с РАС различных нарушений (гастроинтестинальные расстройства, заболевания иммунной системы, митохондриальные болезни и др.), которые долгое время могут оставаться нераспознанными. Особенно важно, что многие из этих заболеваний поддаются лечению. Цель. Представить обоснование расширенного участия педиатрической службы в организации медицинской помощи детям с РАС.

Методы. Проанализированы существующие отечественные клинические рекомендации и стандарты специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) (2020г.). Для оценки организации медицинской помощи детям с РАС проведена форсайт-сессия с привлечением профильных специалистов – экспертов в своей области (педиатров, неврологов, генетиков, гастроэнтерологов, аллергологов-иммунологов и психиатров) – и представителей родительского сообщества. На основании экспертных оценок сформированы подходы к разработке клинических рекомендаций по ведению пациентов с РАС.

Результаты. В результате проведенной форсайт-сессии был сделан вывод об очевидной необходимости расширенного мультидисциплинарного персонализированного подхода при оказании медицинской помощи детям с аутизмом. Недооценка медицинскими специалистами сопутствующих заболеваний у детей с РАС во многом обусловлена искаженными представлениями о том, что любые формы измененного поведения этих пациентов определяются их психопатологическими особенностями. Важно подчеркнуть, что полученный у психиатра диагноз, соответствующий РАС, не исключает наличия у ребенка гастроэнтерологических, метаболических и других заболеваний, о чем необходимо помнить всем специалистам, задействованным в оказании медицинской помощи детям. Кроме того, была обозначена еще одна проблема: в медицинских организациях специалисты, во многих случаях, не знакомы со спецификой обследования детей с РАС, испытывают затруднения при установлении контакта с ними. Одновременно, отсутствует система подготовки ребенка с РАС к прохождению медицинских процедур и манипуляций. При этом, педиатрической службе следует рассматривать нарушения психологического развития, к которым относятся РАС, как «красный флаг», обозначающий необходимость полноценного и тщательного медицинского обследования ребенка, помня о том, что многие из указанных сопутствующих заболеваний поддаются лечению.

Заключение. Существующие клинические рекомендации не удовлетворяют современным требованиям к ведению пациентов с РАС и не отражают в полной мере имеющийся международный научно-практический опыт. Изучение широкого круга коморбидных с аутизмом заболеваний остается в фокусе планируемых в ближайшие годы научных исследований по всему миру, но уже сейчас необходимо учитывать накопленную научную информацию для реорганизации медицинской помощи детям с РАС и обеспечения мультидисциплинарного персонализированного подхода к диагностике и лечению этих пациентов. Несмотря на значительные усилия по совершенствованию организации помощи детям с РАС, в отечественном здравоохранении все еще отсутствует должная преемственность в работе между педиатрическими и психиатрическими учреждениями. Результатом являются проблемы в оказании соответствующей медицинской помощи, значительно влияющие на качество жизни как самого пациента, так и всей семьи. Для разработки клинических рекомендаций по ведению детей с РАС, с учетом гетерогенной природы этих расстройств, должна быть привлечена мультидисциплинарная команда специалистов, а не только врачи-психиатры и психологи. Необходимо проведение дополнительного обучения по проблемам ведения детей с РАС для педиатров и других медицинских специалистов.

СЛУЧАЙ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗА: 3 ТИПА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Федина Н.В., Гудков Р.А., Каденкова Е.Ю., Тереханова А.А.

Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова, Рязань

Актуальность. Мукополисахаридозы (МПС) относятся к редким, лизосомальным болезням накопления, с недостаточностью ферментов, расщепляющих гликозаминогликаны (ГАГ), вещества, входящие в

состав лизосом клеток органов и тканей. В настоящее время известно 7 типов МПС, 11 подтипов на основе лизосомных дефицитов ферментов. Все МПС передаются аутосомно-рецессивно и только МПС II типа – синдром Хантера, сцеплен с X-хромосомой. В настоящее время в России проживают 250 детей с МПС различных типов. В Рязанской области за период 20 лет было выявлено 5 детей с МПС различных типов. МПС является мультисистемным заболеванием, обусловленным накоплением ГАГ в клетках различных органов, приводящее к нарушению функции этих органов и специфическим фенотипическим признакам. Манифестация клинических проявлений для большинства МПС начинается после 1,5–2 лет: появляется лицевой дизморфизм, грубые черты лица (гарголизм), задержка роста, нарушения носового дыхания, паховые грыжи, костные деформации, тугоподвижность суставов. Часты когнитивные и респираторные нарушения. Полиморфизм и неспецифичность проявлений, отсутствие настороженности врачей к орфанным заболеваниям являются частой причиной несвоевременной диагностики МПС и позднего назначения специфической ферментной терапии для некоторых типов.

Материалы и методы. Представлен клинический случай МПС у ребенка 3 лет, проходившего лечение в ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой», поступившего в стационар с клиникой пневмонии. Ребенок от здоровых родителей, от срочных родов, с задержкой внутриутробного развития. До 1,5-летнего возраста рос и развивался нормально, привит по возрасту. С 2-летнего возраста начался регресс психомоторных навыков, появилось нарушение походки, перестал проситься на горшок. С этого же возраста рецидивирующие респираторные эпизоды, шумное носовое дыхание. При осмотре отмечались грубые черты лица и малые аномалии развития: широкая переносица, короткая шея, эпикант, утолщенный кончик носа, жесткие сухие волосы, брахидактилия, деформация кисти по типу «когтистой лапы». Гепатоспленомегалия до +7 и +8 см соответственно. Отмечалась гиперактивность мальчика, возбудимость, задержка речевого развития, нарушение походки по типу легкой атаксии, мышечная гипотония. Когнитивные расстройства в виде эмоциональной уплощенности, плохого контакта с окружающим, быстрого истощения интереса. При обследовании выявлены аденоидные разрастания носоглотки 3 степени, увеличение размеров сердца, гепатоспленомегалия. Физическое развитие выше среднего. Консультирован генетиком, заподозрен МПС. После лечения и выписки обследовался МГНЦ РАМН, выявлена повышенная экскреция гепарансульфата с мочой, Содержание ГАГ -107,9 мг/мм креатинина. По результатам энзимодиагностики выявлен дефицит гепаран-N-сульфатазы, подтвержден диагноз МПС III типа (Санфилиппо). Энзимотерапии данного типа МПС нет. В настоящее время ребенку 11 лет, глубокий инвалид, самостоятельно не передвигается, деменция, агрессивен, бульбарные нарушения, сохраняются частые респираторные эпизоды.

Выводы. Врач любой специальности может заподозрить МПС и своевременно направить к врачу-генетику. Сигнальные признаки МПС: сочетание фенотипических проявления с синдромом назальной обструкции, регресса интеллектуального развития и вовлеченность других систем. Ранняя диагностика дает возможность назначения ферментотерапии и улучшения качества жизни ребенка при некоторых видах МПС

ЗАТЯЖНЫЕ ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Федина Н.В., Штейн У.В., Федин Д.А.

Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова, Рязань

Актуальность. Затяжная желтуха у детей старше 1 месяца является самой частой причиной необоснованной госпитализации и длительного лечения с использованием большого количества лекарственных препаратов. Физиологическая гипербилирубинемия, возникающая в

период новорожденности нередко может затягиваться до возраста 1,5–2 месяцев, что часто вызывает беспокойство и со стороны и родителей и врача. При исключении текущего гемолитического, инфекционного процесса, а также врожденной хирургической патологии затяжная желтуха чаще всего связана с замедленной конъюгацией билирубина, вследствие ферментативной недостаточности печени, чаще у детей, находящихся на грудном вскармливании, а также у недоношенных и незрелых детей. Желтуха грудного молока не представляет опасности для ребенка и не требует избыточной диагностики и каких-либо специальных методов лечения.

Цель работы: проанализировать клиническое течение затяжной желтухи у детей первых месяцев жизни, оценить влияние гипербилирубинемии на состояние детей.

Материалы и методы: проанализированы истории болезни детей, поступивших с диагнозом «затяжная желтуха» за период с декабря 2016 по декабрь 2018 года в отделение восстановительной терапии ГБУ РО «Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой». Обработка полученных данных проводилась в SPSS Statistics. Результаты и их обсуждение. В течение указанного периода в отделение поступило 45 детей с клиникой желтухи. Все дети поступали из поликлиник города. Средний возраст на момент госпитализации составил $1,5 \pm 0,6$ месяца, доношенными были 42 ребенка, недоношенными – 3. В анамнезе у 60% женщин отмечалось осложненное течение беременности, у 22% женщин родоразрешение было путем кесарева сечения. Большинство детей – 84% находились на естественном вскармливании, остальные на смешанном. При обследовании у 53% поступивших детей выявлена сопутствующая патология: в 17% атопический дерматит, у 29% анемия 1 ст. без признаков гемолиза, у двух детей текущая острая цитомегаловирусная инфекция без признаков гепатита, у одного ребенка желтуха была обусловлена редчайшим заболеванием – внутриспеченочным семейным холестазом. Анализ лабораторных данных показал, что средний уровень билирубина не превышает критического уровня и составил в среднем $196 \pm 42,3$ мкмоль/л, с преобладанием непрямой фракции. У ребенка с внутриспеченочным семейным холестазом отмечался нарастающий уровень билирубина до 369 мкмоль/л, с увеличением прямой фракции, высокий уровень трансаминаз и ЩФ. Средняя прибавка за месяц в весе составила – $950 \pm 187,0$ грамм. Среднее увеличение длина тела – на $3,3 \pm 0,7$ см. Среднее значение ИМТ на момент поступления – $14,34 \pm 0,2$. Только у 2 детей выявлена белково-энергетическая недостаточность 1 ст., возникшая на фоне гипогалактии. На амбулаторном этапе большая часть пациентов получала разнообразное лечение в связи с желтухой: 22% детей получали сорбенты, 20% желчегонные препараты растительного происхождения и урсодезоксихолевую кислоту, 9% фототерапию. В стационаре у 75% детей применялась фототерапия, два ребенка с острой цитомегаловирусной инфекцией получали специфическую противовирусную терапию. Средняя продолжительность госпитализации у детей составила $9,1 \pm 0,7$ дня. К моменту выписки уровень билирубина в среднем снизился до $153,7 \pm 11,4$ мкмоль/л.

Выводы. Из поступивших детей с затянувшейся желтухой только у 1 ребенка выявлено серьезное заболевание, требующее госпитализации и лечения. У остальных детей желтуха имела благоприятное течение и не оказала отрицательного воздействия на их физическое развитие. Существенных различий в показателях гипербилирубинемии госпитализация и проводимая фототерапия не показала, последующее снижение уровня билирубина обусловлено естественным течением желтухи. Доброкачественная желтуха грудного молока не требует прекращения грудного вскармливания и специфической терапии в условиях стационара.



ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Филатова Т.А., Ипатова М.Г., Антонова Е.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России; Детская городская больница № 13 имени Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

Введение. В XXI веке аллергические заболевания – глобальная проблема здравоохранения. Из клинических проявлений пищевая аллергия (ПА) наиболее сложное состояние с разнообразными клиническими симптомами, отсутствием лабораторной диагностики. Идея. На основании ретроспективной выборки лечебного учреждения определить наиболее встречающиеся пищевые аллергены, а также форму проявления аллергических реакций.

Цель. Провести эпидемиологическую оценку структуры пищевых аллергенов и формы проявления аллергической реакции у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 246 историй болезни детей в широком диапазоне возраста от 3 месяцев до 16 лет, с различными проявлениями аллергических заболеваний в 2016–2018 гг. Из них мальчиков – 109 (44,3%), девочек – 137 (55,7%). Статистическая обработка с использованием встроенных модулей MS Excel 2013.

Результаты. Изменение характера и частоты стула было у 197 детей, из них у 121 (49,1%) он был частый, неоформленный с патологическими примесями (слизь и кровь). При этом среди всех пациентов такой стул встречался чаще у детей 1–3 лет – 85,9%. Только 20,1% пациента с ПА нарушений со стороны стула выявлено не было. При определении специфических IgE-антител к пищевым продуктам их повышение отмечалось у 127 детей, которые были старше 3 лет, и только у 33 детей до 3 лет. У 53,6% детей была выявлена сенсibilизация на 3 и более пищевых аллергена; у 25,6% на 2 продукта, и только у 20,8% на 1 продукт. Наиболее значимыми аллергенами были белки молока (БМ), яйца, глютен. Правильная элиминационная диета должна быть со строгим исключением из рациона причинно-значимых аллергенов (всех продуктов, имеющих эти аллергены), сбалансированной для детей с задержкой физического развития, дефицитом массы тела, с симптомами белково-энергетической недостаточности (наиболее важно у детей раннего возраста) в рацион должны быть включены продукты лечебного питания на основе глубоко гидролизованного белка коровьего молока или аминокислот. У детей, наблюдаемых у нас (ДГКБ № 13), при назначенной правильно сбалансированной элиминационной диете было клиническое улучшение у большинства (до 84,3%) пациентов с нормализацией функций пищеварительного тракта, купирования кожных проявлений, улучшением состояния (при осмотре через 3 месяца), в дальнейшем (через 6–9 мес) нормализацией нутритивного статуса. У детей с выявленными специфическими IgE-антителами к пищевым аллергенам отмечалось снижение или полная нормализация уровней специфических IgE-антител к выявленным пищевым аллергенам.

Обсуждение. Таким образом, в клинической практике соблюдать современные рекомендации по ведению детей с аллергией к белкам молока, это правильная элиминационная диетотерапия. При симптомах аллергии на БМ у детей первого года жизни, находящихся на смешанном или естественном вскармливании (когда-либо получавших базовую молочную смесь) материнское грудное молоко не должно отменяться, сохраняться в питании ребенка в максимальном объеме. Кормящей женщине назначается гипоаллергенная, правильно сбалансированная диета. При исключении из рациона питания кормящей женщины всех продуктов с БМ (важно исключить все виды БМ) необходима их замена другими белками. При смешанном или искусственном вскармливании базовая молочная смесь ребенку должна быть заменена на лечебную

на основе глубоко гидролизованного белка или аминокислот (АКС). Если при приеме смеси на основе высокогидролизованного белка состояние ребенка не улучшается в течение 2 недель, рекомендуется сразу перевод на аминокислотную смесь. Показаниями для назначения смеси на основе аминокислот в качестве первой линии служат: аллергия к БМ, протекающая с задержкой физического развития, трудностями во время кормления, гастроинтестинальными нарушениями с эозинофильным воспалением, сформированной поливалентной пищевой аллергией, тяжелым течением атопического дерматита, анафилактией, а также симптомами поражения ЖКТ или тяжелого атопического дерматита у детей на смешанном вскармливании и исключительно грудном вскармливании.

ДИЛАТАЦИЯ БРОНХОВ И БРОНХОЭКТАЗЫ У ДЕТЕЙ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Фролов П.А., Топилин О.Г., Коваленко И.В., Овсянников Д.Ю.

Российский Университет Дружбы Народов, Москва

Цель исследования: определить критерии бронхоэктазов у детей и установить этиологическую структуру пациентов с бронхоэктазами, не связанными с муковисцидозом.

Материалы и методы. Анализ историй болезни и компьютерных томограмм (КТ) пациентов с бронхоэктазами, подтвержденных компьютерной томографией.

Результаты. Было проведено ретро- и проспективное наблюдение за 23 пациентами. Возраст пациентов составлял от 1 года до 14 лет. Средний возраст 7,4 года. А так же истории болезни и КТ пациентов с ошибочно установленным диагнозом бронхоэктазы. Диагноз бронхоэктазы устанавливался на основании выявления характерных КТ-симптомов расширение диаметра бронхов, утолщения их стеной/симптом «трамвайных рельс» и «перстня». Для того чтобы заподозрить бронхоэктазы у ребенка необходимо наличие характерного анамнеза, жалоб и клинической симптоматики. Обычно анамнез содержит множество повторных инфекций нижних дыхательных путей или персистирующий характер патологии нижних дыхательных путей. КТ-паттерн должен содержать следующие признаки: диаметр бронха должен превосходить диаметр сопутствующей легочной артерии, в период обострения должны быть признаки заполнения секретом просвета бронхов, а стенка бронхов будет утолщена. Самой частой жалобой в нашей группе пациентов с бронхоэктазами был кашель, который наблюдался у всех пациентов, на втором месте были жалобы на приступы тахипноэ, которую предъявляли 21 пациентом из 23. Заболевание, которые вызвали бронхоэктазы у наблюдавшихся пациентов были следующие: ВИЧ-инфекция (1 пациент) бронхолегочная дисплазия (БЛД) (4 пациента), первичная цилиарная дискинезия (ПЦД) (4 пациента), аллергический бронхолегочный аспергиллез (АБЛА) (2 пациента), врожденный порок развития бронхов: синдром Вильямса–Кэмпбелла (3 пациента), пневмония (1 пациент), инородное тело (1 пациент), дивертикул трахеи (1 пациент), рецидивирующие инфекции (1 пациент), облитерирующий бронхолиит (1 пациент). Диагнозы перечисленных заболеваний устанавливались на основании соответствующих критериев. У всех пациентов основное заболевание имело хронический или персистирующий характер течения. Признаки хронической дыхательной недостаточности гипертрофической деформации концевых фаланг пальцев рук по типу «барабанных палочек» присутствовали у 5 пациентов. Кашель присутствовал у всех пациентов, однако мокроту откашливали лишь 7 пациентов, что можно было связать с возрастом наблюдаемых пациентов. По характеру мокрота у 4 пациентов была слизисто-гнойная, у 2 гнойная, у 1 с прожилками крови. Все пациенты получали массивную антибактериальную, а также муколитическую и бронхолитическую терапию. При этом маркеры системного воспаления,

такие как лейкоцитоз с нейтрофилезом, повышение С-реактивного белка и СОЭ, у пациентов отсутствовали. Аускультативная симптоматика была представлена влажными мелкопузырчатыми, свистящими и крепитирующими хрипами. Результаты посева мокроты были позитивными у 7 пациентов, еще у 2 были выявлены *IgE к aspergillus fumigatus*. Результаты посевов распределились следующим образом: *Haemophilus influenzae* была выделена у 4 пациентов, *Pseudomonas aeruginosa* у 2 пациентов и *Escherichia Coli* у 1 пациента.

Вывод. Для установки диагноза бронхоэктазы необходимо адекватное истолкование КТ, оценки анамнеза, жалоб и клинического состояния пациентов. К бронхоэктазам у детей, не связанным с муковисцидозом, приводят различные заболевания, характеризующиеся персистирующим и хроническим течением.

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ЭФФЕКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА В РАМКАХ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Хайретдинов О.З., Бебчук М.А., Рубакова Л.И.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва

Целью настоящего сообщения является обоснование актуальности и описание способа совершенствования навыков эффективного взаимодействия детских врачей с членами семьи больного ребенка. Необходимым условием лечения ребенка является продуктивный контакт с его законными представителями. Затруднения коммуникаций между родителями и специалистами могут существенно снижать качество диагностики, лечения и реабилитации. Детские врачи разных специальностей нередко встречаются с неконструктивным отношением и препятствиями со стороны родителей и опекунов в процессе оказания медицинской помощи: недоверием, игнорированием рекомендаций, обвинениями, конфликтностью и агрессией. В ряде случаев в основе подобных действий родителей могут лежать кратковременные и пролонгированные вторичные пограничные психопатологические расстройства, в том числе обусловленные психической травматизацией в связи с болезнью ребенка. Тяжелые соматические, психические и поведенческие расстройства у детей способны продуцировать реакции дезадаптации и кризисные состояния у ближайшего окружения ребенка. Например, аффективно-шоковые реакции родителей с явлениями растерянности и дереализации приводят к снижению их способности принять информацию о состоянии ребенка, необходимости экстренных мер медицинской помощи; тревожное возбуждение с чрезмерной непродуктивной активностью может значительно дезорганизовать выполнение диагностических и лечебных назначений. Депрессивные реакции родителей с идеями самообвинения по защитным механизмам проекции могут замещаться обвинением медицинских работников. Традиции врачебного патернализма невольно подчеркивают пассивность и беспомощность родителей. Невозможность реализовать в действиях нарастающие тревогу и напряжение также способствует их смещению в плоскость жалоб и неконструктивной борьбы с сотрудниками медицинской организации. Представляется, что повышение роли и поддерживаемой врачом активности родителей, напротив, помогает снижению тревоги и конструктивному взаимодействию. В формировании характера взаимоотношений специалистов и членов семьи больного ребенка имеют значение не только дезадаптивные проявления со стороны родителей, реакциям и переживаниям специалистов принадлежит не менее важная роль. Действия врачей могут оказаться как протективными, так и усугубляющими кризисные явления

и расстройства адаптации у родителей. Во втором случае замыкается порочный круг некомплектности и взаимной неудовлетворенности, становится фактором риска синдрома эмоционального выгорания и профессиональных деформаций личности специалиста. Очевидно, что инициировать изменение стереотипа неконструктивного взаимодействия могут только специалисты, понимающие механизмы формирования эмоциональных и поведенческих реакций родственников пациента и их влияние на доступность и эффективность помощи. Навыки эффективной коммуникации в медицинской практике являются не столько «сервисной составляющей» и «правилами хорошего тона», сколько фактором повышения качества оказания медицинской помощи и снижения уровня профессионального стресса, повышения удовлетворенности работой для специалистов (Beckman, Frankel, 1984; Kurtz et al., 2003; Duche, Swiderski, 2005 и др.) Разработанная ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации «Эффективное взаимодействие специалистов с семьей больного ребенка» нацелена на формирование необходимого представлений, знаний и навыков для успешного сотрудничества на основе принципов партнерства. Практические занятия с выполнением проблемных заданий, ролевые игры с применением технологий симуляционного обучения позволяют улучшить понимание и выявление типичных проблем родственников и негативных явлений, связанных с болезнью ребенка, провести ревизию моделей взаимоотношений с семьей пациента, будут способствовать профилактике и коррекции профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС

Хан М.А., Дягтерева М.Г., Микитченко Н.А., Шунгарова З.Х.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения РФ, г. Москва

Актуальность. За последние годы наблюдается рост числа детей с патологией нервной системы. Двигательное развитие ребенка на первом году жизни является важнейшим критерием, который определяет процессы структурного и функционального созревания нервной системы, а так же компенсацию отклонений в развитии и возможный реабилитационный потенциал. Формирование двигательных навыков является основой психической деятельности ребенка: речевого развития, когнитивных функций, навыков коммуникации, способности к обучению, социализации. В медицинской реабилитации детей с перинатальной патологией ЦНС ведущее значение отводится методам кинезотерапии (лечебный массаж, лечебная гимнастика, фитбол-гимнастика, метод тонкого пальцевого тренинга, гидрокинезотерапия и др). Основными задачами физической реабилитации являются: формирование моторных навыков, предупреждение появления патологических двигательных реакций, нормализация мышечного тонуса, улучшение созревания психоэмоциональной сферы ребенка посредством целенаправленной стимуляции двигательных навыков.

Цель. Научное обоснование применения технологии рефлекторной кинезотерапии по методике Войта в медицинской реабилитации детей с перинатальным поражением ЦНС.

Материалы и методы. Клинические наблюдения были проведены у 110 детей с перинатальным поражением нервной системы и его по-



следствиями. Из них 55 детей составили основную группу, которая получала Войта-терапию в течение 10 дней, в группу сравнения (без Войта-терапии) вошли 55 пациентов. Все дети проходили комплексное обследование, которое включало неврологическое обследование, нейросонографию, количественную оценку мышечно-постурального тонуса по шкале INFANIB.

Полученные результаты. После курса Войта-терапии выявлено достоверное увеличение суммарной оценки по шкале INFANIB (значимость изменений $p < 0,01$). При этом в 56,4% случаев отмечен переход в диапазон менее выраженных неврологических нарушений. В то время как в группе сравнения отмечалась тенденция к увеличению числа детей в области «патология». Это указывает на то, что Войта-терапия в большей степени препятствует формированию патологических двигательных стереотипов по сравнению со стандартными методами реабилитации. Оценка по шкале INFANIB в диапазоне «норма» получена у 27,3% детей, что указывает на то, что Войта-терапия способствует нормализации мышечного тонуса и формированию физиологических двигательных стереотипов. В группе сравнения динамика этого показателя не была статистически значимой. Отсутствие динамики является маркером формирования патологического двигательного стереотипа и критерием неблагоприятного прогноза для моторного развития.

Выводы. Рефлекторная кинезотерапия по методике Войта является эффективным методом медицинской реабилитации детей с перинатальным поражением центральной нервной системы и позволяет значительно повысить эффективность медицинской реабилитации детей со среднетяжелой и тяжелой степенью перинатального поражения ЦНС. Войта-терапия способствовала уменьшению выраженности спинальных автоматизмов, позо-тонических рефлексов, положительно влияла на начало формирования выпрямляющих рефлексов туловища по сравнению со стандартными методами реабилитации.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ. ОПЫТ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА МОСКВЫ

*Хачатуров Ю.А., Сидоров А.М., Плавунев Н.Ф., Щедеркина И.О.,
Петрайкина Е.Е., Кадышев В.А., Кессель А.Е.*

*Морозовская детская городская клиническая больница
Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Ранняя диагностика острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) у детей врачами на догоспитальном этапе является важным фактором, определяющим маршрутизацию пациента, и влияющим на своевременное начало терапии. Раннее начало терапии снижает тяжесть и риск повторного инсульта. Запаздывание со своевременным диагнозом увеличивает вероятность неблагоприятного исхода. Клиническая картина инсульта у детей зависит от целого ряда факторов, ведущими из которых являются возраст ребенка, тип инсульта, зона и объем повреждения, а также этиологические факторы. Многообразие клинических проявлений инсульта у детей и подростков требует проведения широкого дифференциально-диагностического поиска в наиболее короткие сроки. Диагностические шкалы, используемые во взрослой практике, недостаточно информативны у детей и требуют модификации для улучшения ранней диагностики детского инсульта. В педиатрической практике существование широкого спектра «инсультподобных» состояний (от 79–93% у детей против 30% у взрослых), так называемых «масок» инсульта, существенно затрудняет диагностический поиск. Количество пациентов, доставляемых Скорой медицинской помощью (СМП) г Москвы в стационары с подозрением на ОНМК возрастает ежегодно: 2014–169 детей, 2015 – 268, 2016 – 345, 2017 – 369, 2018 – 436.

Цель. Анализ клинической картины и соотношение диагнозов: направляющих (выставленных бригадами СМП) и окончательного (при выписке

из стационара после обследования). Оценка частоты наиболее частых диагнозов «масок» инсульта.

Материалы и методы. Методы: клинический, лабораторной, радиологический. В анализ включено 202 истории болезни детей, госпитализированных СМП в Центр Цереброваскулярной патологии детей и подростков Морозовской ДГКБ гор. Москвы с направляющими диагнозами ОНМК (коды по МКБ-10 I60-I69, G45.0, G45.8), за период с октября 2018 года по январь 2019 года. Пациенты были разделены на группы: по возрасту пациентов (<1 года, 1–5 лет, >5 лет), полу, направляющему диагнозу СМП и заключительному диагнозу стационара. Результаты У 4,95% (N=10) пациентов, с направляющим диагнозом ОНМК, после обследования был подтвержден инсульт: ишемический – 3,96% (от всех случаев, N=8), геморрагический (0,99% от всех случаев, N=2) инсульты. При этом у детей с направляющим диагнозом ишемического инсульта (N=41) диагноз подтвердился в 9,8% случаев (N=4). У детей с направляющим диагнозом геморрагический инсульт (N=21) диагноз подтвердился в 4,8% случаев (N=1). У детей с направляющим диагнозом транзиторная ишемическая атака (N=86) заключительный диагноз совпадает с направляющим в 3,5% случаев (N=3). У детей с направляющим диагнозом синдром вертебро-базилярной недостаточности (N=54) заключительный диагноз совпадает с направляющим в 28% случаев (N=15). По данным исследования у детей с направляющими диагнозами нарушения мозгового кровообращения (N=202) установлен диагноз Мигрень (мигрень с аурой, мигрень без ауры, мигрень неуточненная, мигренеподобные пароксизмы, мигренеподобные головные боли) в 34% случаев (N=67), Головные боли напряжения в 2,5% случаев (N=5), Синдром вегетативной дисфункции (вегетативно-сосудистые пароксизмы, ВСД) в 17,9% случаев (N=36), а также в 17% случаев (N=34) была выявлена другая патология (объемное образование головного мозга, нейропатия лицевого нерва, эпилепсия, конверсионное расстройство, нейроинфекция).

Выводы. Сложность в оценке симптомов нарушений мозгового кровообращения в детском возрасте, отсутствие специальных шкал догоспитальной оценки ОНМК для детского возраста резко усложняет дифференциальную диагностику инсультов и так называемых «масок» инсульта (мигрени, головные боли напряжения, вегетативно-сосудистые пароксизмы), постановку диагноза на догоспитальном этапе и корректную маршрутизацию пациента.

РОЛЬ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ОТ 1 МЕС. ДО 3 ЛЕТ

Хегай И.М., Трунина И.И., Чеботарева Т.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Цель: изучить влияние вирусных инфекций на функцию сердечно-сосудистой системы у детей первых трех лет жизни и проанализировать этиологический спектр инфекционных заболеваний у детей с впервые возникшими НРС на фоне инфекционного процесса и обозначить основные клинические варианты НРС.

Методы. В основную группу включены 8 пациентов от 1 мес. до 3 лет, из них 7 девочек и 1 мальчик, госпитализированных в ДГКБ им. З.А. Башляевой в связи с нарушениями ритма сердца и текущим инфекционным заболеванием (ИЗ) либо перенесенной инфекцией и дебютом нарушений ритма сердца не позднее 1 месяца от начала ИЗ. Течение инфекционного процесса подтверждено результатами клиничко-анамне-

стических, лабораторных и инструментальных методов обследования. Для оценки функционального состояния сердца использовались ЭКГ покоя, суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру и ЭХОКГ сердца.

Результаты. Течение вирусной инфекции у детей младшего возраста способно вызывать нарушение ритма и проводимости сердца, в ряде случаев с быстрым прогрессированием признаков недостаточности кровообращения. «Период сцепления» перенесенной вирусной инфекции и кардиологических симптомов совпадал с литературными данными и составлял срок до 1 месяца. Все выявленные нарушения ритма сердца приходились на долю тахикардий: 37,5% (3) – суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия, 25% (2) – желудочковая экстрасистолия, 25% (2) – полиморфная тахикардия (пароксизмальная желудочковая и наджелудочковая тахикардия, желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия), 12,5% (1) – суправентрикулярная экстрасистолия, в 87,5% случаях пациентам требовалось назначение специфической антиаритмической терапии. Этиологический спектр доказанной вирусной инфекции включал: у 3 детей – течение герпесвирусной инфекции (ЦМВ, ВГЧ-6 типа), у 1 – грипп А (H1N1), еще у 3 – течение острой респираторной вирусной инфекции неуточненной, и у 1 – сочетанное течение острой кишечной инфекции неуточненной и активной ЦМВ-инфекции. Определение этиологического агента ИЗ не во всех случаях оказалось возможным в связи с тем, что у части пациентов с момента возникновения вирусной инфекции до появления клиники НРС проходило достаточно продолжительное время, за которое происходила спонтанная или иммуноопосредованная элиминация вируса из организма.

Выводы. У детей раннего возраста течение инфекционного процесса может приводить к поражению миокарда и проводящей системы сердца, проявляясь преимущественно течением тахикардий, что требует раннего выявления и комплексного лечения не только самого инфекционного процесса с учетом этиологии возбудителя, но и назначения антиаритмической терапии.

СНИЖЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ КАК ПРИЧИНА КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ

Хлебтутина Н.С., Гусева Н.Б., Крапивкин А.И., Колодяжная А.В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
детская городская клиническая больница № 9 имени Г.Н.
Сперанского Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Актуальность: улучшение качества жизни родителей, в виде возможности использовать удобное абсорбирующее белье (памперсы), привело к увеличению возраста формирования родителями динамического стереотипа мочеиспускания у детей в отведенном месте и задержке формирования волевого контроля акта мочеиспускания. Что привело к повышению частоты встречаемости энуреза у детей школьного возраста, а соответственно, снижению качества жизни уже самого ребенка-невозможность поехать в лагерь, низкая самооценка, неуверенность в своих силах. Показанием к применению сигнальной терапии является неконтролируемое спонтанное опорожнение мочевого пузыря во время сна. Результаты лечения зависят от множества факторов, не менее важным из которых является контроль и помощь родителей или опекунов.

Цель. Сигнальная терапия (алармотерапия, мочевого будильник) широко используется в качестве первой линии лечения детей с энурезом (enuresis nocturna). Однако часть детей (36%) не просыпается при максимально настроенном сигнале будильника, даже при выделении всей порции мочеиспускания. В настоящее время окончательно не ясно, что влияет на пробуждение ребенка при активации сигнала тревоги и какова эффективность алармотерапии у данной категории пациентов. Это исследование было направлено на дополнительное

изучение состояния мочеиспускания у группы детей с энурезом при малой эффективности алармотерапии, когда дети не просыпаются в ответ на звук и их родители не будят их.

Материалы и методы. Детальная информация о недержании мочи была ретроспективно получена от 88 из 124 пациентов, которые получали сигнальную терапию (Энуфлекс) в период с 2016 по 2018 год, заполнили опросник при поступлении в стационар и 3-дневный дневник мочеиспусканий. Поступившие пациенты были разделены на две группы: в группе активнореагирующих родителей (N = 54), дети были разбужены тот час членами семьи, когда сигнал тревоги прозвучал; в группе контроля сигнальной терапии (N = 34) дети были самостоятельно ответственны за пробуждение по будильнику. Группы сравнивали для того чтобы оценить разницу эффективности за 95 дней после назначения сигнальной. Коэффициент эффективности сигнальной терапии был рассчитан с использованием критериев ICCS.

Результаты: по данным дневников мочеиспускания сохранялись признаки незрелого типа мочеиспускания в виде преобладания доли моторных мочеиспусканий над сенсорными. Моторные мочеиспускания (по напоминанию) относились к сенсорным (по позыву) как 5:3. Эффективность алармотерапии была выше в группе пациентов с активными родителями: полный ответ и частичный ответ наблюдались у 46,4% и 40,5%. Более низкий результат 26,5% и 29,4% пациентов наблюдался в группе самостоятельного контроля (p = 1,00), соответственно. Существенная разница в процентной доле детей, которые просыпались с помощью родителей и самостоятельного пробуждения по будильнику может быть объяснена наличием незрелого типа мочеиспускания, что требует более длительного, до 6 месяцев, использования сигнальной терапии у 64,0% детей с энурезом, и контроля за режимом мочеиспускания во время бодрствования.

Выводы. У детей с незрелым типом мочеиспускания требуется активная помощь родителей в начале курса сигнальной терапии, не менее месяца, дополнительное пробуждение ребенка родителем по сигналу устройства. Устройство следует использовать не менее 6 месяцев, с регулярным контролем стереотипа дневных мочеиспусканий для формирования зрелого типа. Заинтересованность родителей в достижении результата лечения очень важна, это не только психологическая поддержка ребенка, но и участие в процессе его лечения, чем выше заинтересованность родителей в достижении ремиссии энуреза, тем выше качество жизни ребенка, избавившегося от проблемы и его семьи.

ЗНАЧЕНИЕ АНТЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ СИММЕТРИЧНОГО ВАРИАНТА ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Ходжамова Н.К., Рахманкулова З.Ж.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра
Неонатологии, Узбекистан, г. Ташкент

Важность изучения факторов риска для прогнозирования развития задержки внутриутробного развития (ЗВУР) несомненна.

Цель: проанализировать эффект воздействия каждого конкретного фактора риска на развитие симметричного варианта задержки внутриутробного развития.

Материалы и методы: нами было изучено состояния здоровья матерей 110 новорожденных детей с симметричным вариантом ЗВУР, их акушерско-гинекологический анамнез, течение беременности и родов, проведен тщательный анализ историй родов (Форма № 98). В каждом случае обязательно оценивали статистическую значимость отношения шансов (ОШ), исходя из значений 95% доверительного интервала (ДИ). Результаты. В ходе работы нами были проанализированы факторы риска, которые оценивали по величине отношения шансов, что позволило



оценить связь между определенным исходом и конкретным фактором риска. Анализ заболеваемости матери показал, что TORCH инфекции в 4,4 раза увеличивали шанс формирования симметричного варианта ЗВУР (ОШ = 4,4; 95% ДИ 1,8 – 10,5; $P < 0,001$). Заболевания мочеполовой системы увеличивали шанс развития симметричного варианта в 7,2 раза (ОШ = 7,2; 95% ДИ 2,6 – 19,3; $P < 0,001$), а заболевания сердечно-сосудистой системы увеличивали шанс развития симметричного варианта в 3,8 раза (ОШ = 3,8; 95% ДИ 1,5 – 9,7; $P < 0,05$). Наличие в анамнезе у матери самопроизвольных выкидышей, увеличивало шанс развития симметричной формы ЗВУР в 6,5 раза (ОШ = 6,5; 95% ДИ 2,2 – 19,3; $P < 0,001$). Токсикозы беременности повышали шанс развития симметричной формы ЗВУР в 2,8 раза (ОШ = 2,8; 95% ДИ 1,5 – 5,4; $P < 0,001$). Такие факторы как угроза самопроизвольного выкидыша и ОРВИ также имели влияние на риск развития симметричной формы ЗВУР в 2,2 (ОШ = 2,2; 95% ДИ 1,1 – 4,3; $P < 0,05$) и в 2,1 раза (ОШ = 2,1; 95% ДИ 1,1 – 3,8; $P < 0,05$) соответственно. Важным обстоятельством было то, что преэклампсия повышала шанс развития симметричной формы ЗВУР в 16,2 раза (ОШ = 16,2; 95% ДИ 4,7 – 54,5; $P < 0,001$). Наличие грязных околоплодных вод в 3,7 раза увеличивали риск возникновения симметричной формы ЗВУР (ОШ = 3,7; 95% ДИ 1,5 – 9,2; $P < 0,001$). Выводы: таким образом, установлено, что наиболее существенными факторами риска формирования симметричного варианта ЗВУР являются: преэклампсия, заболевания мочеполовой системы, самопроизвольные выкидыши, TORCH инфекции, ранние токсикозы.

АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ДЕТСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Чолян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Дмитриева И.В., Шеенкова М.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга, Оренбург

По официальным статистическим данным в структуре обшей заболеваемости детей, доля инфекционных заболеваний превышает 90%. Это наиболее частая причина обращений детей за медицинской помощью. Цель исследования. Изучить возрастные и половые особенности формирования инфекционных заболеваний у детей по данным обращаемости в детскую поликлинику.

Материал и методы. Использованы данные медицинской информационной системы ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга за 2017–2018 гг. по поводу обращений пациентов в детские поликлиники с инфекционными заболеваниями. Применены статистические и аналитические методы исследования.

Результаты. Общее число обращений мальчиков и девочек по поводу инфекционных болезней за год (в среднем) не отличается: наблюдалось 1569 обращений мальчиков всех возрастных групп и 1771 обращение девочек всех возрастных групп. Доля обращений при инфекционных заболеваниях по полу ребенка растет (как у мальчиков, так и у девочек) от возраста «до года» (4,2% мальчики и 3,8% девочки) до возраста «3–4 года» (15,7% мальчики возраста 4 года и 16,0% девочки возраста 3 года). Доля обращений, начиная с 5 лет, постоянно снижается, с 11,5% у мальчиков 5 лет и 10,7% у девочек 5 лет до 1,0% мальчиков 17 лет и 1,1% девочек 17 лет. В возрасте «до 1 года» – «1 год» доля обращений мальчиков по поводу инфекционных болезней больше (4,2%–6,6%), чем доля обращений девочек по поводу инфекционных болезней (3,8%–5,8%). В возрасте «3 года» доля обращений мальчиков по поводу инфекционных болезней меньше (14,3%), чем доля обращений девочек по поводу инфекционных болезней (16,0%). В возрасте 4–6 лет

доля обращений мальчиков по поводу инфекционных болезней на 0,4%–0,8% больше, чем доля обращений девочек соответствующих возрастных групп. Из анализа обращений мальчиков и девочек по отдельным нозологиям инфекционных болезней можно установить, что пять нозологий «В01.9 – ветряная оспа без осложнений», «В07 – вирусные бородавки», «В08.1 – контактный моллюск», «В35.1 – микоз ногтей» и «В35.4 – микоз туловища» составляют 73,1% от всех обращений мальчиков и 76,5% от всех обращений девочек по поводу инфекционных болезней (исключая острые респираторные вирусные инфекции). Практически половина обращений по поводу инфекционных заболеваний есть обращения с диагнозом «В01.9 – ветряная оспа без осложнений». Из которых 45,5% есть обращения детей возраста 3–4 года. С диагнозом «В07 – вирусные бородавки» обращаются 8,6%–9,5% от всех обращений по поводу инфекционных заболеваний. 45,2% обращений по поводу «В07 – вирусные бородавки» составляют дети возраста 7–10 лет. С диагнозом «В08.1 – контактный моллюск» обращаются 4,4%–6,2% от всех обращений по поводу инфекционных заболеваний из них 56,9% обращений по поводу «В08.1 – контактный моллюск» составляют дети возраста 2–4 года. С диагнозом «В35.1 – микоз ногтей» обращаются 4,3%–5,5% от всех обращений по поводу инфекционных заболеваний из них 46,8% обращений по поводу «В35.1 – микоз ногтей» составляют дети возраста 2–4 года. С диагнозом «В35.4 – микоз туловища» обращаются 4,2%–7,5% от всех обращений по поводу инфекционных заболеваний из них 73,8% обращений по поводу «В35.4 – микоз туловища» составляют дети возраста 4–10 лет. Выводы. Таким образом, анализ обращений пациентов выявил возрастные особенности формирования инфекционных заболеваний у детей, что позволяет разрабатывать методы профилактики данной патологии в разных возрастных группах.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ АНАЛИЗА ОБРАЩЕНИЙ В ДЕТСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Чолян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Дмитриева И.В., Шеенкова М.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга, Оренбург

Реализация приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» активизировала все работы в медицинских организациях России. ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга (ДГКБ) вошла в проект с августа 2018 года. В больнице проводились работы по оптимизации профилактических, лечебно-диагностических и иных процессов (внедрение круглосуточной работы диспетчерского центра, круглосуточных стоматологической и неотложной медицинской помощи, травмпункта).

Цель исследования – показать результаты анализа и моделирования обращений пациентов в поликлинику ДГКБ, полученные с помощью математического метода «цепи Маркова с оценками».

Материалы и методы. Объектом анализа и моделирования были обращения пациентов ДГКБ, которые были зафиксированы в медицинской информационно-аналитической системе в течение периода с 01.01.2018 по 16.10.2018. За анализируемый период в 5 поликлиник ДГКБ обратилось 38654 пациента, у которых было 476762 посещения врачей поликлиник (12,3 посещения на 1 пациента (при нормативном показателе 9,2)). Обработка проводилась в программных средах VISUAL FOXPRO, STATISTICA 10.0.

Результаты. Анализ обращений пациентов в детскую поликлинику оценивается на основе целей Маркова (ЦМ) с оценками, где в качестве оценок исследуемого процесса выступает время посещения врача поликлиники пациентом. ЦМ является последовательность событий, в которой каждое последующее событие зависит только от предыдущего события. В качестве состояний выбраны следующие состояния. Состояние S1 – состояние, когда пациент обратился в поликлинику за оказанием лечебно-диагностической помощи; S2 – состояние, когда пациент, обратившийся в поликлинику, проходит профилактический осмотр; S3 – состояние, когда с пациентом поликлиники проводятся диспансерные мероприятия; S4 – состояние, когда пациент обратился в поликлинику с прочими целями. Оценкой процесса обращений пациентов в поликлиники ДГКБ выступает «длительность нахождения объекта в каждом из выделенных состояний». Цель анализа – установить влияние диспансерной работы на параметры ЦМ (условные вероятности перехода и длительности нахождения объектов в выделенных состояниях S1–S4). Каждое посещение пациентом врача поликлиники описывалось многими признаками, включая пол и возраст пациента; номер поликлиники ДГКБ (их сегодня пять), номер врачебного участка, который обслуживает пациента; врач, принимавший пациента и его врачебная специальность; цель посещения пациента и другие признаки. Все анализируемые пациенты были разделены на 6 групп. В «группу 1» были отнесены все пациенты, с которыми диспансерная работа не проводилась. В «группу 2» были отнесены все пациенты, для которых в течение анализируемого периода наблюдалось одно посещение в поликлинику с целью диспансеризации. И, наконец, в последнюю шестую группу («группа б») были отнесены все пациенты, у которых в течение анализируемого периода наблюдалось пять и более посещений поликлиники с целью диспансеризации. Для каждой группы были получены матрицы частот переходов, на основе которых были вычислены матрицы вероятностей переходов объектов по выделенным состояниям S1–S4.

Выводы. 1. Моделирование потоков пациентов в поликлиниках ДГКБ подтверждает, что активизация диспансерной работы ведет к снижению как числа посещений с лечебно-диагностической целью, так и снижению суммарной длительности пребывания в состояниях S1, которая следует из уменьшения числа больных детей, прикрепленных к ДГКБ с которыми активно ведется диспансерная работа. 2. Активизация диспансерной работы ведет к увеличению переходов из состояния S1 в S3, что характеризует появление повторных посещений врачей при обращении с лечебно-диагностической целью или с целью диспансеризации. С 2019 года начинается планомерное тиражирование «Новой модели медицинской организации» с учетом численности прикрепленного населения и организационной формы. По результатам завершения проекта, оценки успешности его реализации и экономической эффективности в дальнейшем может быть распространена на другие МО первичного звена здравоохранения субъектов Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь детям.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

Чоляян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Дмитриева И.В., Шеенкова М.В.

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница» г. Оренбург

В настоящее время действует приказ Минздрава России № 621 от 30.12.2013 г. «О комплексной оценке состояния здоровья детей», который выделяет 1, 2, 3, 4 и 5 группы здоровья детей с учетом четырех базовых критериев.

Цель. Оценить состояние групп здоровья детей, прикрепленных к ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга (ДГКБ), по данным профилактических осмотров (ПО) в 2018 году.

Задачи. Изучить соотношение и динамику групп здоровья в зависимости от пола и возраста ребенка.

Материалы и методы. Использована сплошная выборка из медицинской информационной системы ДГКБ результатов ПО несовершеннолетних 2018 года. Используются статистические и аналитические методы исследования.

Полученные результаты. Из 44386 детей прикрепленных к ДГКБ в 2018 г. мальчики составили 51,81% и девочки 48,19%. Численность детей отнесенных к 1-й группе здоровья имела следующую динамику. В возрастных группах 1–4 лет отмечена тенденция к небольшому росту (с 795 детей (28,98%) 1 года до 1165 (34,97%) возраста 4 лет). Далее в возрастах 5–17 лет наблюдалось постоянное снижение численности этой группы здоровья с 790 детей (27,90%) возраста 5 лет до 55 (5,75%) возраста 17 лет. Дополнительный анализ с помощью модуля регрессионного анализа программы STATISTICA 10.0 показывает, что снижение численности детей оценивается (с коэффициентом детерминации $R^2=0,88$) уравнением регрессии $Y=1185,70-68,66 \cdot t$, где t – возрастная группа детей (1–17 лет); Y – численность детей соответствующей возрастной группы. Не выявлены гендерные различия в 1-й группе здоровья. Наибольшая численность в ней отмечена в 2 года (12,52%) и 4 года (12,09%). Анализ численности детей 2-й группы здоровья показал, что снижение показателей в группе можно оценить уравнением регрессии $Y=1951,40-65,01 \cdot t$, где t – возрастная группа детей (1–17 лет); Y – численность детей соответствующей возрастной группы, с коэффициентом детерминации $R^2=0,70$. В возрастных группах 1–4 лет численность детей имела тенденцию к небольшому росту (с 1642 детей (59,86%) до 1 года до 1679 (50,41%) 4 лет). Далее с 6 до 17 лет наблюдается постоянное снижение с 1987 детей (55,27%) 6 лет до 413 подростков (43,20%) 17 лет. Анализ гендерных различий во 2-й группе показал, что наибольшая численность мальчиков наблюдается в 1 год (6,96%), 4 года (7,26%), 6 лет (8,31%) и 8 лет (6,90%). При этом у девочек отмечалась в 1 год (7,19%), 4 года (7,19%) и 6 лет (8,81%). Результаты по 3-й группе показали, что снижение численности детей можно оценить уравнением регрессии $Y=368,06+29,60 \cdot t$, где t – возрастная группа детей (1–17 лет); Y – численность детей соответствующей возрастной группы, с коэффициентом детерминации $R^2=0,48$. В возрастных группах 1–15 лет года численность 3-я группа постоянно растет с 293 детей (10,68%) 1 года до 1093 (46,13%) возраста 15 лет. В 15–17 лет наблюдается снижение по данной группе – 1093 ребенка возраста 15 лет (46,13%) и 462 подростков 17 лет (48,33%). Анализ гендерных различий в 3-й группе здоровья показал, что наибольшая численность мальчиков наблюдалась в 10 лет (7,20%), 14 лет (7,57%) и 15 лет (9,78%). А у девочек – в 14 лет (7,65%), 15 лет (10,50%) и 16 лет (8,50%). Численность детей, отнесенных к 4-й группе здоровья можно оценить не уравнением регрессии, а лишь как тренд с уравнением $Y=3,94+0,10 \cdot t$, где t – возрастная группа детей (1–17 лет); Y – численность детей соответствующей возрастной группы. Показатель по всем возрастам не превышал 0,11–0,27% от численности прикрепленного населения и для 5-й группы здоровья по всем возрастным группам составил 0,36–2,25%. Анализ гендерных различий в 5-й группе установил, что наибольшая численность мальчиков наблюдается в 5 лет (8,93%), 8 лет (8,19%) и 14 лет (8,93%). А у девочек – в 6 лет (8,57%), 7 лет (8,57%) и 12 лет (8,93%). Это связано с традиционно большим числом заболеваний у мальчиков, которые приводят к инвалидности. Выводы. Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о постоянном возрастном снижении качества здоровья у детей, что требует многофакторной мультидисциплинарной коррекции и заставляет перестраивать работу ДГКБ по диспансеризации и диспансерному наблюдению прикрепленного населения.



РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Трикоменас Н.Н.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга, Оренбург

Актуальность. В последние десятилетия отмечается тенденция роста заболеваемости молочных зубов у детей в различных регионах Российской Федерации.

Цель исследования. Установить региональные особенности обращений к врачу-стоматологу пациентов с заболеваниями молочных зубов.

Материалы и методы. Для анализа впервые выявленных заболеваний молочных зубов детей использовался математический метод «ориентированных деревьев с оценками». При описании молочных зубов использовалась зубная формула, принятая ВОЗ.

Результаты. Были проанализированы данные обращений 3 405 детей возраста до 6 лет, из которых 1 592 (46,8%) ребенка были мужского пола и 1 813 (53,2%) женского. Дети имели 17 462 обращения с заболеваниями молочных зубов. Простые статистические данные не раскрывают последовательность выявления первичных заболеваний молочных зубов. Указанную задачу можно решить с помощью «ориентированных деревьев с оценками». Установлено, что у 516 детей первым заболевшим молочным зубом был 51, при среднем возрасте 2,72 года. Вторым либо – 61 (237 пациентов, со средним возрастом 2,91 года), либо 52 (224 пациента, со средним возрастом 2,58 года). У 113 пациентов наблюдалась последовательность впервые выявленных заболевших молочных зубов 51-52-61. 59,9% пациентов имели заболевание только одного зуба, 3,1% двух и 27% трех и более зубов. Анализ характеристик дерева показал, что если последовательность заболеваний молочных зубов начинались с заболевания клыка, то либо следующим заболевшим молочным зубом будет резец (с вероятностью 0,568 (71/127)), либо будет премоляр (с вероятностью 0,236 (30/127)). В случае если первым заболевшим молочным зубом является премоляр, то в двух случаях из трех (вероятность 0,619) следующим заболевшим молочным зубом будет также премоляр. Знание вероятностных характеристик первого, второго, третьего и т.д. выявленного заболевания молочного зуба и типа (вида) молочного зуба дает основания для корректировки профилактической работы. Из 20 нозологий, выставленных врачами-стоматологами при обращении, доля четырех нозологий «Кариес эмали» (K02.0), «Пульпит» (K04.0), «Кариес дентина» (K02.1), «Болезнь твердых тканей зубов неуточненная» (K03.9), составила 95,6% всех обращений. Установлена последовательность впервые выставленных диагнозов K02.0 и K04.0. Из 217 пациентов, которые имели указанную последовательность заболеваний, у 72 пациентов (33,2%) следующим заболеванием был K02.1. Если у пациента имелась последовательность заболеваний K02.1 и K02.0, то у 34,5% пациентов указанной группы через некоторое время был установлен K04.0.

Выводы. Метод «ориентированных деревьев с оценками» позволяет выявить региональные особенности последовательности заболеваний молочных зубов и разработать методы индивидуальной профилактики.

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ПЕРОРАЛЬНЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Чугунова О.Л., Амергулова С.Б., Ярошевская О.И., Суходолова Г.Н.
Российский национальный исследовательский медицинский университет, Детская городская клиническая больница № 13 имени Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения Москвы, Москва

В последние десятилетия проблема острых химических отравлений значительно повысила свою актуальность как важный фактор, определяющий заболеваемость и, главное, преждевременную смертность. При этом острые отравления у детей занимают одно из первых мест среди несчастных случаев и характеризуются высоким процентом летальности. Широко использование химических веществ и лекарственных препаратов, обладающих нефротоксичностью, способных вызывать гемодинамические нарушения и оказывать прямое негативное воздействие на органы мочевой системы, может приводить к нарушению функционального состояния почек различной степени тяжести.

Цель работы: изучить характер нарушений функции почек и оптимизировать диагностику острого повреждения почек (ОПП) у детей с пероральными отравлениями химической этиологии.

Общая характеристика больных и методы исследования. У 120 детей в возрасте от 1 года до 18 лет с пероральными химическими отравлениями на 1 сутки поступления в отделение токсикологии ДГКБ № 13 им Н.Ф. Филатова исследовался уровень маркеров острого повреждения почек (KIM-1, NGAL и цистатина С) в моче методом иммуноферментного анализа. Также оценивались скорость клубочковой фильтрации (СКФ), биохимические параметры крови, мочевой синдром, ультразвуковая картина почек с оценкой кровотока по данным доплерографии сосудов почек. В качестве контроля обследовано 20 детей аналогичного возраста без соматической патологии.

Результат исследования. Повышение цифр сывороточного креатинина в первые сутки поступления в стационар наблюдалось только у 1 (0,8%) ребенка с отравлением, в то время как у 25 (20,8%) детей отмечалось выраженное увеличение в моче маркеров острого повреждения почек (ОПП) – липокалина 2 (NGAL) и молекулы повреждения почек-1 (KIM1) по сравнению с детьми группы контроля. Все дети, у которых в первые сутки после отравления выявлялись высокие цифры NGAL и/или KIM-1, на 3 сутки развернули картину ОПП с азотемией и изменением кровотока по данным доплерографии сосудов почек. Липокалин – 2 достоверно ($p < 0,05$) повышался у детей с первых суток отравления нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) и нейролептическими препаратами (27+5,3 нг/мл и 11,64+2,7 нг/мл, соответственно). Молекула почечного повреждения показывала высокий уровень в первые сутки отравления НПВС (383+87 пг/мл, $p < 0,05$), прижигающими ядами и укусуной эссенцией. Уровень цистатина С в моче в большинстве случаев (79 человек) был ниже минимальных значений в контрольной группе и ни в одном случае не превышал максимальный уровень в контроле. Все показали маркеры ОПП в моче были связаны между собой прямой достоверной корреляционной зависимостью.

Заключение. Диагностика нарушений функции почек у детей с пероральными отравлениями химической этиологии на основании только увеличения концентрации креатинина и мочевины в сыворотке крови является запоздалой и приводит к несвоевременному выявлению ОПП. Для своевременной диагностики ОПП детям, поступающим в отделение токсикологии с отравлением химическим веществом, в особенности – укусуной эссенцией, НПВС, нейролептиками, прижигающими ядами, рекомендовано исследование биохимии крови, общего анализа мочи не только в первые сутки, но и на третьи сутки отравления, а также проведение УЗИ почек с УЗДГ сосудов почек на третьи сутки отравления. Для ранней диагностики нарушений функции почек це-

лесообразно исследование в моче NGAL и KIM-1. Определение в моче концентрации цистатина С не являлось диагностически значимым у данной категории больных.

ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ГОРОДА СМОЛЕНСКА КАК КРИТЕРИЙ СОЦИАЛЬНОГО И ЭКОНОМИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Шаробаро В.Е., Бекезин В.В.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

Актуальность. Социально-экономические перемены, происходящие в стране на протяжении последних лет, привели к изменениям демографической ситуации, имеет место естественная убыль населения, происходит снижение уровня здоровья, возрастает число лиц. признанных инвалидами среди детей и взрослых.

Цель работы: сравнительная характеристика состояния здоровья детей г. Смоленска за последние 10 лет (2009–2019 гг.).

Материалы и методы. В основы работы включены годовые отчеты ГБУЗ городской детской больницы г. Смоленска за 2009 и 2019 гг.

Результаты. Выявлено, что за этот период уменьшилось общее количество детского населения на 9,3%, а также детей с первой группой здоровья с 16,4% до 11,3%, в том числе среди новорожденных – с 0,4% до 0,16%. Возросло число детей с 3-й и 4-й группами здоровья соответственно с 12,3% до 21,2%; с 0,6% до 1,6%. Уровень заболеваемости также вызывает тревогу. За этот период частота заболеваний увеличилась на 11%, в том числе эндокринных болезней на 27,3% болезней крови – 34,2%, бронхиальной астмы – на 31,4%, болезней органов пищеварения – на 23,1%. Особое место приобретает качество здоровья новорожденных детей, а оно в значительной степени зависит от здоровья матери. Исследования показывают, что к 14–15 годам, когда в целом завершается формирование девочки как будущей матери, практически у каждой 10-й отмечено дисгармоничное развитие, у 15,1% – артериальная гипертония, гинекологические заболевания регистрируются при осмотрах у 11,2% девочек-подростков. Следовательно, создается замкнутый цикл: больная мать – больной ребенок – больной подросток – больные родители. В детском возрасте появляются необычные заболевания, свойственные взрослым (язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, неврозы и др.). Заключение. Биологические свойства организма и комплекс природно-климатических условий, социальной среды определяют здоровье ребенка и создают предпосылки изменения резистентности и повышения заболеваемости. Это делает необходимым проведение мониторинга исследований, разработку и внедрение лечебно-профилактических мероприятий, корригирующих их измененную реактивность.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Шапошникова А.Ф., Кондратьева Р.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения Москвы», Москва

На современном этапе сохраняется высокая актуальность вопросов, связанных с лечением пациентов, страдающих расстройствами аутистического спектра. В большинстве стран, где ведется статистика аутистических расстройств, отмечается увеличение заболеваемости. В настоящее время интерес к данной группе психических нарушений есть не только среди психиатров, но и среди специалистов другого профиля,

так как расстройства аутистического спектра имеют коморбидность с болезнями желудочно-кишечного тракта, системы органов дыхания, аллергическими заболеваниями. Среди симптомов детского аутизма особое внимание клиницистов вызывают нарушения пищевого поведения, так как данные проявления существенно утяжеляют состояние ребенка. Расстройства пищевого поведения являются достаточно частым симптомом, который, по литературным данным (Valerie M. et al. 2010) встречается примерно у 70% детей с расстройствами аутистического спектра. Специфическая клиническая картина расстройств пищевого поведения при расстройствах аутистического спектра описана преимущественно в исследованиях зарубежных авторов (Postorino V. et al. 2015, Liu X et al. 2016, Malhi, P. et al. 2017). Исследования пищевого поведения детей, проведенные отечественными специалистами (И.А. Марголина, М.Е. Проселкова, Г.Н. Шимонова, Г.В. Козловская, Е.Л. Усачева, Т.В. Малышева 2014) свидетельствуют о некоторой зависимости глубины и разнообразия избирательности в еде от выраженности психической патологии. На базе острого отделения для детей дошкольного возраста в 2018 году начато исследование нарушений пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра. В исследование были включены 114 детей от 3 до 6 лет включительно, имеющие те или иные проблемы пищевого поведения (преимущественно, избирательность в пище). Количество детей с расстройствами аутистического спектра составило 57 чел., и 57 чел. вошли в контрольную группу, представленную другими нарушениями психического развития – умственная отсталость различной степени выраженности, задержка интеллектуального и речевого развития. Диагноз «расстройства аутистического спектра» (РАС) был выставлен на основании клинко-психопатологического обследования и верифицирован по методике Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Был проведен анализ анамнестических данных, а также результатов динамического наблюдения во время пребывания детей в отделении. Нами получены предварительные результаты исследования и выявлен ряд особенностей нарушений пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра: 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 (6,3% в группе РАС и 1,7% в контрольной группе), поедание несъедобного (6,3% в группе РАС и 0,6% в контрольной группе), полный отказ от твердой пищи, нарушение жевания (5,7% в группе РАС и 1,1% в контрольной группе). Выводы: 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.

СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ

Шенец С.Г., Кувшинников В.А., Вязова Л.И., Башлакова А.Н., Мороз Е.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Актуальность проблемы железодефицитных анемий (ЖДА) у детей объясняется не только распространенностью этого заболевания, но и выраженными патологическими изменениями, происходящими при этом в растущем детском организме. Установлена прямая связь между развитием ЖДА и заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), при которых возникает избыточная потеря железа, недостаточное его поступление или нарушение всасывания микроэлемента. Дистрофические изменения в эпителиальных клетках ЖКТ, снижение активности железосодержащих ферментов, вследствие ЖДА, в свою очередь также вызывает нарушения процессов кишечного всасывания.



Цель исследования: изучить частоту встречаемости синдрома нарушения пищеварения и избыточных потерь железа в ЖКТ у детей с ЖДА в возрастном аспекте.

Материал и методы. Обследовано 63 ребенка в возрасте 1–3 лет (1 группа), 51 ребенок – от 4 до 6 лет (2 группа), 30 детей – от 7 до 11 лет (3 группа) и 58 подростков 12–15 лет (4 группа), проживающих в г. Минске. Исследование включало изучение клинико-анамнестических данных, лабораторную диагностику ЖДА (оценку эритроцитарной системы периферической крови, определение показателя тканевых запасов железа – сывороточного ферритина (СФ). Для выявления синдрома нарушения пищеварения использовалась оценка показателей копрограммы (физико-химические свойства, микроскопия, выявление патологических примесей, гельминтов и простейших). С целью предотвращения транзиторных копрологических синдромов детям в течение 3 суток проводилась специальная диетоподготовка.

Результаты. Анализ показателей копрограммы у детей раннего возраста с ЖДА (1 группа) выявил панкреатогенный копрологический синдром у 27 (42%) пациентов, гастрогенный и энтеральный копрологические синдромы – у 12 (18%), синдром нарушения пищеварения в толстой кишке (броидильную диспепсию) у 16 (25%) детей. У 6 (10%) пациентов были выявлены гельминты и простейшие, у 3 (5%) – кишечные кровопотери. У дошкольников (2 группа) копрологические синдромы выявлялись со следующей частотой: панкреатогенный – у 18 (35%) пациентов; гастрогенный, энтеральный и гепатогенный – у 22 (43%); синдром нарушения пищеварения в толстой кишке (броидильная диспепсия) у 6 (12%); гельминтозы и простейшие – у 6 (12%); кишечные кровопотери – у 1 (2%) ребенка. У детей школьного возраста (3 группа) соответственно: панкреатогенный синдром выявлялся у 12 (40%) обследуемых; гастрогенный, энтеральный и гепатогенный – у 10 (33%); синдром нарушения пищеварения в толстой кишке (броидильная диспепсия) у 6 (20%); гельминтозы и простейшие – у 2 (7%); кишечные кровопотери – у 3 (10%) школьников. В 4 группе (подростки 12–15 лет) панкреатогенный синдром встречался у 12 (40%) обследуемых; гастрогенный, энтеральный и гепатогенный – у 13 (43%); броидильная диспепсия у 3 (5%); гельминтозы и простейшие – у 2 (7%); кишечные кровопотери – у 3 (10%) подростков.

Выводы. 1) У большинства обследованных детей всех возрастных групп (80–90%) с ЖДА выявлен синдром нарушения пищеварения, что является одной из частых причин дефицита железа. 2) Значительно реже причиной дефицита железа у детей всех возрастных групп выявлены избыточные потери микроэлемента в ЖКТ – кровопотери (у 2–10%), глистные инвазии и инвазии простейшими (у 3–12%). 3) Распознавание и устранение причин развития ЖДА в каждом конкретном случае является чрезвычайно важным, прежде чем назначить лечение препаратами железа. 4) Копрологическое исследование остается информативным, доступным скрининговым методом для выявления патологии ЖКТ, оценки переваривающей способности органов пищеварительной системы, а также для подбора адекватной заместительной ферментной терапии у детей с ЖДА

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА КАК ФАКТОР РИСКА ЧАСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ОТИТОМ

*Шенец С.Г., Кувшинников В.А., Вязова Л.И., Мороз Е.А.,
Башлакова А.Н.*

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

По данным ВОЗ, железодефицитные анемии (ЖДА) на первой позиции среди 38 наиболее распространенных заболеваний. У детей дефицит железа сопровождается вторичным иммунодефицитом, способствуя частым и осложненным ОРВИ. Наиболее частым таким осложнением

является острый отит, что также связано с анатомо-физиологическими особенностями носоглотки и среднего уха у детей раннего возраста. Цель и задачи исследования: выяснить частоту ЖДА и ЛДЖ (латентного дефицита железа) у детей с острым отитом для оптимизации лечения и проведения своевременной профилактики.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 115 детей с острым средним отитом, проходившим лечение в 3-й ГДКБ г. Минска в 2018–2019 гг. Из них детей первого года жизни (3–11 мес.) – 49. От 1 до 2 лет – 29 и старше 2 лет – 37. Исследование включало: изучение анамнеза, анализ гемограммы и показателей феррокинетики (сывороточный ферритин, сывороточное железо, процент насыщения трансферрина железом, общая железосвязывающая способность сыворотки).

Результаты исследования. Число пациентов с острым катаральным отитом составило 41 (35,6%), с острым гнойным отитом – 36 (31,3%), с рецидивирующим отитом – 37 (32,2%), с туботитом – 1 (0,9%). Анализ данных анамнеза показал, что у всех детей от 3 месяцев до 3 лет, заболевание начиналось с ОРВИ (в 100% случаев). У 104 обследованных детей (в 90,4% случаев) выявлено железодефицитное состояние (ЖДС). ЖДА сопутствовала отиту у 32 пациентов (27,8% случаев), а ЛДЖ – у 72 детей (62,6% случаев). Полученные показатели частоты встречаемости ЖДА и ЛДЖ существенно выше, чем показатели популяционного исследования распространенности ЖДА и ЛДЖ, проведенного сотрудниками 2-й кафедры детских болезней БГМУ у здоровых детей этого же возраста, что составило соответственно – 11,4% и 42,6%, в сумме 54% ($n=589$, $p<0,05$). Таким образом, выявлена взаимосвязь ЖДС и заболеваемости острым отитом детей раннего возраста.

Выводы. 1. Заболевание острым средним отитом у детей раннего возраста развилось на фоне ОРВИ. 2. У большинства детей раннего возраста (свыше 90% случаев) заболевание острым средним отитом сопровождалось ЖДС (ЖДА и ЛДЖ), причем ЛДЖ наблюдался в 2 раза чаще, чем ЖДА. 3. В план обследования детей с острым отитом целесообразно включать показатели феррокинетики с целью выявления не только ЖДА, но и ЛДЖ. 4. В комплекс общепринятых лечебных мероприятий острого среднего отита (антибактериальная и местная терапия, хирургическое лечение, иммунотерапия и физиотерапевтическое лечение), необходимо включать мероприятия, направленные на адекватное лечение ЖДС (ЖДА и ЛДЖ). 5. Своевременное проведение профилактики ЖДС у детей раннего возраста будет способствовать снижению заболеваемости ОРВИ, осложненной острым средним отитом.

КЛИНИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГИТА, ВЫЗВАННОГО H.INFLUENZAE У РЕБЕНКА

*Шилина С.А., Фокичева Н.Н., Федосеева Н.Ю., Фалетров М.В.,
Горячев В.В., Иешкина М.Н., Калашникова О.Н., Анисеева Н.А.,
Кузнецова А.Н.*

*Рязанский государственный медицинский университет, Городская
клиническая больница №11, Рязань*

Актуальность. Бактериальные гнойные менингиты (БГМ) занимают лидирующее место в структуре нейроинфекций. По данным ВОЗ, ежегодно менингит поражает около 5 миллионов человек, 180 тысяч летальных исходов приходится на детей в возрасте до пяти лет, 20% выживших испытывают долгосрочные последствия инвалидизации. В России заболеваемость детей БГМ ежегодно составляет 8,22 случая на 100 тысяч населения.

Цель исследования: изучить клинические и микробиологические особенности менингита, вызванного H.influenzae на примере клинического случая.

Материалы и методы исследования: анализ медицинской документации, динамический контроль состояния пациента, лабораторные и инструментальные методы исследования, данные микробиологического мониторинга.

Результаты исследования: Мальчик Ш., 3 года, диагноз: Гемофильная инфекция тип b, генерализованная форма: септицемия, ИТШ 1 степени, гнойный менингит, тяжелая форма. ДВС синдром. Анемия II степени смешанного генеза. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до фебрильных цифр, многократной рвоты (до 10 раз), жидкого стула (трижды), к врачу не обращались, лечились самостоятельно. На четвертый день болезни ребенок осмотрен участковым педиатром, госпитализирован в инфекционное отделение ЦРБ с диагнозом: острый гастроэнтерит? Отрицательная динамика отмечена на второй день лечения за счет нарастания общемозговой симптоматики и геморрагического синдрома. По данным КТ: отек головного мозга, умеренная смешанная гидроцефалия. В общем анализе крови (ОАК): лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, тромбоцитопения. Доставлен в ГКБ № 11 с диагнозом: менингит, госпитализирован в детское отделение реанимации. Ребенок не вакцинирован от гемофильной инфекции. При поступлении состояние тяжелое за счет синдрома эндогенной интоксикации, общемозговой симптоматики. При объективном обследовании: уровень сознания – сопор (9 баллов по шкале Глазго), отчетливые менингеальные знаки, субфебрилитет. Отмечались экхимозы на лбу и тыле стопы, кровоизлияние в правую склеру, отечность век, подкашливание, тахипноэ (38 в мин.), тахикардия (150 в мин.), SpO₂ – 93%. В ОАК – анемия 1 ст, лейкоцитоз с нейтрофилезом, ускорение СОЭ. В б/х анализе крови – повышение уровня мочевины до 15 ммоль/л, СРБ – 192 мг/мл. Ликвор – светло-желтый, мутный, цитоз – 3200 клеток (97% нейтрофилов). Методом латекс агглютинации из ликвора выявлены антигены H. Influenzae тип b. Бактериологическое исследование подтвердило гемофильную этиологию заболевания, возбудитель был чувствителен к азитромицину, ампициллину, цефепиму, цефотаксиму, цефтриаксону. КТ головного мозга (8 день лечения) – картина, соответствующая гнойному менингиту; МРТ головного мозга (9 день лечения) – признаки субдуральной эмпиемы на уровне правых лобной, теменной и височной долей, признаки двустороннего мастоидита, левостороннего мезотимпанита, вариант мальформации Денди-Уокера в виде гипоплазии червя мозжечка. Ребенок осмотрен узкими специалистами: офтальмолог – подострый конъюнктивит обоих глаз; нейрохирург – поствоспалительная наружная гидроцефалия. Пациент получал антибактериальную, инфузионную, противовирусную, гормональную, иммунокорректирующую, противогрибковую, мочегонную, противовоспалительную терапию, неоднократно проводились трансфузии СЗП, тромбоцитарного концентрата и эритроцитарной массы. В качестве стартовой антибиотикотерапии (АБТ) была назначена комбинация цефтриаксона и меропенема, однако для достижения санации ликвора потребовалась неоднократная коррекция АБТ (кефсепим, ципрофлоксацин, метронидазол, цефтазидим). Длительность АБТ составила 23 дня. В динамике заболевания отмечалось нарастание анемии: снижение уровней гемоглобина (до 70 г/л), эритроцитов (до 2,86×10¹²), тромбоцитов (до 15×10⁹), что потребовало проведения трансфузионных мероприятий. Менингеальные симптомы были купированы на 13 сутки, ликвор санирован на 17 день лечения. На фоне проведенной терапии состояние больного с положительной динамикой. Сознание ясное, менингеальные симптомы – отрицательные. Кардио-респираторные показатели стабильные. T – 36,5 С, SpO₂ – 95%. В ОАК – анемия 1 степени. Для проведения реабилитации ребенок переведен в неврологическое отделение.

Выводы. Данный случай иллюстрирует особенности течения и сложности терапии БГМ гемофильной этиологии у детей. Можно рекомендовать расширить охват вакцинацией против гемофильной инфекции детей раннего возраста в Рязанском регионе.

АНАЛИЗ МНОГОФАКТОРНОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ

Шипилова Л.М., Белова О.А., Магомедова Р.А., Пятахина Т.А. Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского г. Саратов, Перинатальный центр Государственное учреждение здравоохранения «Саратовская городская клиническая больница № 8», Саратов

Врожденные пороки развития (ВПР) являются нередкой патологией у плодов и новорожденных. Проведенные ВОЗ исследования установили, что в разных странах мира ВПР диагностируется в 3–6%. По литературным данным, для 20–25% аномалий более вероятна многофакторная причина – комплексное взаимодействие небольших генетических дефектов и факторов риска окружающей среды, а в 12–15% причинами ВПР являются – генетические поломки. Целью нашего исследования явилось изучение взаимосвязи ВПР с возрастом матери, сезоном и календарным месяцем, полом ребенка, районом проживания, а так же, установление времени выявления ВПР (пре- или постнатально) за 5 лет по данным перинатального центра ГКБ №8 г. Саратова. Возраст матерей исследуемых детей колебался от 17 до 44 лет, в среднем – 32 года. В данном учреждении, при рождении в 2014 году, диагностировали ВПР у 4,3% детей, в 2015 году – у 3,4% детей, в 2016 году – у 4,2% детей, в 2017 году – у 4,2% детей и в 2018 году – у 3,9% детей. ВПР отражают как структурные, так и функциональные аномалии, выявляемые при рождении, некоторые из которых в дальнейшем могут исчезнуть. Это касается некоторых септальных дефектов в сердце и пиелозктазий. Учитывая внедрение в широкую медицинскую практику не только приборов экспертного класса для пре- и постнатального скрининга, выполняемого высокопрофессиональными врачами, но и методы молекулярной генетики – количество детей с ВПР будет непременно уменьшаться. Возрастная зависимость ВПР прослеживается в течение 5 лет не только наличием синдрома Дауна, но и ВПР мочевыделительной системы (МВС) и центральной нервной системы (ЦНС). В 2014 году, у детей возрастных мам, выявлены спинномозговая грыжа и тератома крестцовой области постнатально. Врожденный порок сердца (ВПС), ДМЖП очень редко выявляют в мае, июле. За весь период наблюдения отмечается резкое снижение ВПР МВС в мае и июле. Ранняя диагностика ВПР чрезвычайно важна для тактики ведения беременной с целью рождения здорового ребенка, для чего необходима качественная пренатальная диагностика. Если в 2014 году ВПР МВС и ВПС нередко ставили постнатально, то в 2018 году применяя аппаратуру экспертного класса, выявляют все больше ВПР пренатально. При рассмотрении ВПР от пола ребенка, выявляется, что нетяжелые ВПС диагностируют у девочек, а тяжелые (тетрада Фалло, общий артериальный ствол, ВПР сосудов) чаще у мальчиков. «Привилегией» мужского пола являются тяжелые ВПР МВС. У девочек чаще диагностируют патологию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), полидактилии. ВПР ЦНС и ВПР челюстно-лицевой области встречаются в равных пропорциях. Ретроспективный анализ показал, что ВПС ДМЖП встречается редко поздней весной и летом, а ВПР МВС – у детей, рожденных зимой. Прослеживается тенденция увеличения ВПР ЦНС и ВПР МВС в заводском районе в сравнении с другими районами города Саратова. Таким образом, проведенный анализ показал, что еще недостаточна пренатальная диагностика, которая на ранних этапах беременности могла бы выявить ВПР. Этому способствуют недостаточная санпросвет работа с населением, недисциплинированность беременных: поздняя постановка на учет, нерегулярность обследований и отсутствие должного диспансерного наблюдения.



ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Шубина Е.В., Ганузин В.М., Маскова Г.С., Дадаева О.Б.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Ярославский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, Ярославль

Актуальность. В настоящее время значительная часть детей дошкольного возраста, проживающая в условиях крупного промышленного города, испытывает неблагоприятное воздействие на организм различных социально-гигиенических, психологических и технических факторов внешней среды.

Целью исследования является изучение распространенности заболеваний в различных возрастных группах у детей, проживающих в условиях крупного промышленного города.

Материалы и методы. Нами проведено исследование распространенности заболеваний детей и подростков за 2018–2019 годы на базе детской поликлиники г. Ярославля. При диспансерных осмотрах в 2019 году было обследовано 3570 дошкольников и 17108 школьников, в т.ч. с 7 до 14 лет – 13529 и с 16 до 17 лет – 3579 школьников. При этом анализировалась динамика структуры заболеваний в зависимости от возрастной подгруппы.

Полученные результаты. Анализ полученных данных показал, что наибольшую распространенность среди детей дошкольного возраста, посещающих дошкольные учреждения, имеют дефекты речи (301,7%), заболевания опорно-двигательного аппарата (214,8%), ЛОР органов (115,1%), нервной системы (96,5%), органа зрения (94,7%). Заболевания желудочно-кишечного тракта (19,2%) выявлялись реже. Учитывая высокую распространенность дефектов речи, патологии опорно-двигательного аппарата и органа зрения, медицинскому персоналу, необходимо более тесно работать с логопедами и дефектологами, педагогическим персоналом и администрацией детских дошкольных учреждений, по совместной профилактике данных заболеваний. Наибольшую распространенность у школьников имеют заболевания опорно-двигательного аппарата (7–14 лет – 197,7%, 15–17 лет – 250,0%), органа зрения (7–14 лет – 231,0%, 15–17 лет – 307,0%) и желудочно-кишечного тракта (7–14 лет – 43,0%, 15–17 лет – 81,0%), которые с возрастом имеют тенденцию к увеличению. Распространенность дефектов речи и заболевания нервной системы остаются без значимых изменений во временной динамике, а с возрастом имеют тенденцию к снижению. Анализ полученных данных состояния здоровья детей дошкольного и школьного возраста свидетельствуют о росте заболеваемости опорно-двигательного аппарата [1,2], органа зрения, желудочно-кишечного тракта, по мере посещения ими образовательных учреждений.

Заключение. Мы считаем, что медицинские и педагогические работники детских садов и школ должны выработать стратегию, направленную на внедрение здорового образа жизни, и активно включаться в совместные медико-педагогические программы по профилактике данных заболеваний, с привлечением к этим мероприятиям и родителей.

Литература. 1. Ганузин В.М. Динамика показателей патологии опорно-двигательного аппарата у детей за период с 1998 по 2013 год. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2014; 3: 35 – 36. 2. Ганузин В.М., Тестова Н.Т., Штанюк М.Г. Оценка состояния костно-мышечной системы у детей 3–17 лет г. Ярославля за период с 2014 по 2018 гг. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2019; 3: 24–28.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Шурова Л.В., Будкевич Л.И.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 9 имени Г.Н. Сперанского Департамента Здравоохранения Москвы», Научно-исследовательский институт хирургии детского возраста Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения, Москва

Цель: доказать эффективность оперативных вмешательств у детей с врожденным буллезным эпидермолизом (ВБЭ) в области деформированных конечностей и их влияние на повышение качества жизни.

Задачи. 1. Оценить результаты хирургического лечения больных ВБЭ с деформациями конечностей. 2. Определить степень влияния хирургического лечения больных ВБЭ на изменение качества жизни пациентов. Материалы и методы. Оперативное лечение выполнено у 30 детей с ВБЭ в возрасте от 3 до 17 лет, у которых имелись деформации конечностей. В области кистей они были выражены в различной степени, от небольшого сгибания отдельных пальцев до выраженных контрактур суставов, а также от межпальцевых синдактилий до «кулачковой» кисти. У больных с патологией стоп имелись единичные синдактилии пальцев или тотальное их сращение в виде конгломерата, сгибательно-разгибательные контрактуры пальцев, тыльные вывихи и подвывихи в плюснефаланговых суставах. Объективная оценка состояния суставов проводилась с помощью рентгенологического исследования с измерением угловых деформаций в градусах с помощью функций программы «RadiAnt.DICOM.viewer». У больных ВБЭ тактика хирургического вмешательства имела ряд отличий от традиционных методик устранения рубцовых деформаций пальцев другой этиологии. Так, ликвидация сгибательных и разгибательных контрактур в области фаланг пальцев, синдактилий осуществлялась не скальпелем, а браншами зажима типа «москит» (подано заявление о выдаче патента РФ на изобретение рег.№ 2020107132 от 17.02.2020г.). Для фиксации достигнутого правильного положения межфаланговых суставов пароссажно через мягкие ткани проводили длинные иглы или интраоссажно спицы. Раны закрывали многослойными повязками на основе современных отечественных повязок и мазей с фиксацией конечности гипсовой лонгетой. Перевязки выполнялись 1 раз в неделю. После эпителизации ран удаляли иглы/спицы и начинали реабилитационные мероприятия, включающие лечебную гимнастику с разработкой межфаланговых суставов, сначала в ванночке с теплым раствором антисептика, а затем – на тренажерах с последующим шинированием пальцев пластинами из силикона, а конечностей – пластиковыми лонгетами. Для профилактики рубцевания применяли противорубцовые гели на основе гепарина. Катамнез наблюдения после операций составил от 1 года до 5 лет. Полученные результаты. Было выполнено 59 операций у 30 больных ВБЭ по поводу деформаций конечностей, из них в области кистей – 39 и стоп – 20. При оценке результатов хирургического лечения было выявлено, что клинические исходы операций были лучше, чем функциональные. Причем у всех пациентов отмечено повышение качества жизни. Непосредственно после операции отмечалось устранение деформаций с рентгенологическим подтверждением нормализации соотношения костных структур межфаланговых суставов. В отдаленные сроки после хирургического лечения полное восстановление функций конечностей получено в 75% случаев (отличные результаты), частичное в – 20% (удовлетворительные результаты). Появление нарушений функций конечностей или частичные рецидивы деформаций отмечены в 5% наблюдений. Данные результаты зависели от сроков существования

деформаций до момента операции, тяжести основного заболевания и соблюдения рекомендаций по профилактике деформаций в послеоперационном периоде. При этом у всех детей с ВБЭ было отмечено улучшение таких показателей качества жизни, которые не могли быть достигнуты только при дерматологическом лечении этих больных. Так, устранение деформаций кистей обеспечивало возможность развития мелкой моторики пальцев кистей и улучшить элементы самообслуживания, что до операции было невозможно сделать. У детей старшего возраста нормализация функций кистей позволила расширить спектр выбора профессии и обеспечить их лучшую социализацию в обществе, а также снизить зависимость от помощи посторонних людей. Устранение деформаций стоп у детей с ВБЭ способствовало улучшению опорной функции нижних конечностей и повышению мобильности пациентов, а также решению проблемы подбора обуви, которая существовала до операции.

Выводы. Хирургическое лечение больных ВБЭ с деформациями кистей и стоп, направленное на восстановление функций конечностей, является важным фактором улучшения качества жизни пациентов за счет появления новых возможностей в самообслуживании, расширения спектра выбора профессии, уменьшения зависимости от помощи окружающих и повышения социализации пациентов в обществе.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ: ДИАГНОСТИКА И ВЫЯВЛЕНИЕ ВЕДУЩИХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Щедеркина И.О., Кессель А.Е., Кузьмина Е.В., Свирич П.В., Петрайкина Е.Е., Валиева С.И., Дроздова И.М.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы»; Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков, Москва

Инсульт входит в 10 основных причин смертности для лиц в возрасте от 1 до 44 лет. В рамках Международного исследования инсультов у детей (International Pediatric Stroke Study (IPSS)) соотношение частоты возникновения ИИ и ГИ составило 67% и 33% соответственно. Цель: создание и отработка алгоритма обследования пациентов с подозрением и подтвержденным ишемическим инсультом (ИИ) у детей.

Материалы и методы: в исследование были включены дети и подростки, проходившие лечение на базе ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей, и пациенты, направленные на дообследование из других лечебных учреждений г. Москвы, с апреля 2014 (начало функционирования Центра) до декабря 2018 г. с подтвержденным ИИ. Всего в анализ вошло 207 пациентов. Методы: клинический, лабораторный, радиологический.

Результаты. За основу деления пациентов на категории по факторам риска была взята категоризация IPSS: 1 – артериопатии; 2 – кардиологические заболевания; 3 – хронические системные состояния; 4 – протромботические состояния; 5 – острые системные состояния (любые острые состояния, приводящие к системным нарушениям); 6 – хронические заболевания головы и шеи; 7 – острые заболевания головы и шеи. На основе данного деления в нашем Центре дети были разнесены по группам риска следующим образом: артериопатии – 20,3%, кардиологические заболевания – 6,5%, хронические системные болезни – 19%, протромботические состояния – 22,7%, острые системные состояния – 4,2%, хронические болезни головы и шеи – 8,6%, острые заболевания головы и шеи – 8,6%. 10% ИИ отнесено к криптогенным. Данное распределение пациентом может быть связано с профилем нашего стационара. Лабораторные тесты

при поступлении включали: клинический анализ крови, стандартную коагулограмму (ПТИ, МНО, АЧТВ, ТВ, фибриноген), биохимический анализ крови, уровень глюкозы, кислотно-щелочное состояние. При подозрении на ИИ/ТИА всем проводилось КТ головного мозга, затем МРТ головного мозга с ангиографией и МР-перфузией. В зависимости от основного этиологического фактора, выявленного при поступлении, алгоритм дальнейшей диагностики определялся индивидуально с параллельно проводимой терапией ИИ. Биохимический анализ крови включал: показатели уровня холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов, липопротеина(а), аполипопротеина В и А1, С-реактивного белка, антистрептолизина О, ревматоидный фактор. Расширенная коагулограмма: Д-димер, гомоцистеин, антитромбин III, волчаночный антикоагулянт, протеин С, протеин S. В зависимости от возраста пациентам проводится тест на антифосфолипидный синдром: антитела (АТ) к бета-2-гликопротеину (IgG, IgM), АТ к кардиолипину (IgG, IgM), АТ к двуспиральной ДНК, АТ к ядерным антигенам. При наличии инфекционных симптомов или указание на предшествующую инфекцию проводится ПЦР на вирусы. С 2018 г. на базе Центра проводится КТ – ангиография, улучшившая диагностику артериопатий и микроаномалий строения сосудов, и позволившая оптимизировать вторичную профилактику. Основные направления диагностики и сроки проведения тестов определялись ведущим этиологическим фактором, анамнезом, возрастом пациентов, давностью перенесенного ИИ. По полному протоколу обследованы только 72 ребенка, с 2018 г.

Заключение. Частое сочетание нескольких факторов риска у детей требует продолжения диагностического поиска даже при выявлении одного из них, с учетом возраста, для исключения всех возможных причин ИИ, ТИА для снижения риска рецидива инсульта. Стандартизированный протокол обследования позволит уменьшить количество необоснованных тестов. Предварительные данные нашего наблюдения показали неспецифичность отдельных лабораторных показателей в различные периоды ИИ, а также их изменение с возрастом. КТ-ангиография является «золотым» стандартом диагностики артериопатий.

ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЯХ У ДЕТЕЙ: ОТ ГЕНЕТИКИ ДО ИСХОДОВ

Щедеркина И.О., Меликян М.А., Петрайкина Е.Е., Рыбкина И.Г., Соловьев В.Б., Карева М.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы», Москва, РФ; Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава РФ, Москва, РФ

Гипогликемии являются частым метаболическим расстройством в детском возрасте, в особенности в неонатальном периоде, и могут быть первым, а иногда и единственным, симптомом целого спектра заболеваний. Симптомы ее вариабельны и мало специфичны. Врожденный гиперинсулинизм (ВГИ) характеризуется неадекватной секрецией инсулина бета-клетками поджелудочной железы, что приводит к развитию гипогликемии. Гипогликемии при ВГИ обычно носят тяжелый характер и быстро приводят к развитию судорог и потере сознания. Процент неврологических осложнений у детей с ВГИ остается высоким и составляет от 26 до 48% в разных выборках.

Цель: оценить частоту и тяжесть возникновения поражения центральной нервной системы на фоне гипогликемии при врожденном гиперинсулинизме (ВГИ).



Материал и методы: на базе ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава РФ и ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» наблюдались дети с подтвержденным диагнозом врожденный гиперинсулинизм. В ходе отдаленных наблюдений всем детям проводилось комплексное неврологическое обследование, включавшее в себя осмотр невролога с оценкой степени психо-моторного и речевого развития (n=153), ЭЭГ (n=140), МРТ головного мозга (n=84), осмотр офтальмолога (n=153). Дополнительно 44 детям из данной группы было проведено детализированная оценка степени развития по стандартизированным шкалам (БэйлиIII для детей младше 2 лет, DPIII для детей старше 2 лет). Задержка психомоторного развития разной степени тяжести отмечалась у 78 из 153 пациентов (50,9%), наличие эпилепсии у 39 пациентов (25,4%), явления оптической нейропатии у 39 детей (25,4%), формирование синдрома ДЦП у 21 ребенка (13,7%), микроцефалия – 47 пациентов (30,7%) (рисунок 2). По степени неврологического дефицита дети с задержкой развития были разделены на 3 группы: 1. легкая степень задержки: при возрасте обследования старше 3 лет – обучаются по массовой программе, но имеют сложности в обучении и/или синдром гиперактивности и/или показатели развития по шкале Бэйли ниже среднего; при возрасте обследования младше 3 лет – имеют темповую задержку развития и/или показатели развития по шкале Бэйли ниже среднего (всего 33 ребенка); при наличии эпилепсии – компенсированы медикаментозно, не имеют ДЦП. 2. средней степени тяжести: обучаются в коррекционной школе и/или имеют низкие показатели по шкале Бэйли и/или имеют более 1 составляющего (эпилепсию, ДЦП или нарушение зрения) (20 детей); 3. тяжелая степень: имеют 2 и более составляющих и низкие показатели по шкале Бэйли, если исследование проводилось (всего 25 детей). По результатам проведенного анализа было выявлено, что факторами, негативно влияющими на развитие неврологических осложнений, являются ранняя манифестация ВГИ и наличие симптоматической гипогликемии в дебюте заболевания (судороги, кома, апноэ). Судорожный синдром, как первое проявление гипогликемии, отмечался у подавляющего числа пациентов, что привело к ложной диагностике эпилепсии, особенно в группе пациентов с поздней манифестацией ВГИ. Основной отличительной чертой гипогликемических судорог является возможность быстрого купирования пароксизмальных состояний при нормализации гликемии путем перорального или парентерального введения глюкозы, а также время возникновения судорог (чаще натощак утром). Практически всем пациентам с ВГИ были проведены молекулярно-генетические исследования, по результатам которых, наиболее частой причиной ВГИ в обследованной нами группой стали мутации в генах KСNЈ11 и АВСС8. Дефекты данных генов были выявлены нами у 43,7% пациентов. Заключение. ВГИ, ассоциированный с мутациями в генах KСNЈ11 и АВСС8, характеризуется наиболее тяжелым течением, ранним возрастом манифестации и большим процентом резистентных к терапии диазоксидом случаев. Задержка психомоторного развития разной степени тяжести выявлена у 78 из 153 пациентов (50,9%), наличие эпилепсии у 39 пациентов (25,4%), явления оптической нейропатии у 39 детей (25,4%), формирование синдрома ДЦП у 21 ребенка (13,7%), микроцефалия – 47 пациентов (30,7%). Тяжелый неврологический дефицит, приведшей к инвалидизации пациентов отмечен у 16,3% обследованных пациентов. Основными факторами риска развития неврологических осложнений являются неонатальный дебют ВГИ, позднее начало специфической терапии и наличие повторных симптоматических гипогликемий в дебюте заболевания.

ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ

Якимович Н.И., Мирутко Д.Д.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Лихорадочный синдром у детей часто является одной из ведущих причин инфекционной патологии. Однако, он может быть началом аутоиммунных, онкологических и аутовоспалительных заболеваний (периодических синдромов).

Цель. Анализ диагностического поиска лихорадок.

Методы. Проанализированы истории болезни с заключительным диагнозом 1. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛ) 2. Инфекционный мононуклеоз (ИМ), септический вариант 3. Недифференцированное заболевание соединительной ткани (НЗСТ) 4. Синдром Маршалла (PFAPA). Результаты. Возрастной состав – это дети первых 3 лет жизни (88%), 12% – 3–5 лет. Длительность заболевания на момент постановки диагноза от 1 года до 3,5 лет при синдроме Маршалла, а при остром лейкозе, инфекционном мононуклеозе и НЗСТ от 14 дней до 1 месяца. Основная жалоба при поступлении – фебрильная температура (100%). Продолжительность лихорадочного периода 4–6 дней (особенность: цикличность лихорадки и повторяемость синдромов – афтозный стоматит, шейный аденит, тонзиллит) при периодическом синдроме; при других заболеваниях, в среднем 16 дней. Повышение С-реактивного белка было выявлено при всей патологии (100%); лейкоцитоз и СОЭ были значимо увеличены при остром лейкозе и НЗСТ, анемический синдром с тромбоцитопенией – при остром лейкозе. Прокальцитонинный тест (ПСТ) наиболее высоким (ЗнГмл) был у пациента с инфекционным мононуклеозом. Все пациенты получали антибиотики. Длительность антибиотикотерапии от 5–10 дней при синдроме Маршалла; и 17–20 дней при остальных заболеваниях (со сменой препарата).

Введение дексазона (однократно) купировало лихорадку при синдроме Маршалла.

Заключение. Ранее использование ПСТ, других методов диагностики (ПЦР); владение семиотикой периодических синдромов, строгий анализ ответа на антибиотикотерапию позволит в более ранние сроки диагностировать разнообразную патологию у детей при лихорадках.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ

Якушенкова А.П.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Клиническая больница Управления делами Президента РФ», Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная академия» Управления делами Президента РФ, Москва

Цель. Совершенствование методов тонзиллотомии у детей.

Задачи. 1. Уменьшить травматичность оперативного лечения. 2. Улучшить отдаленные результаты.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 50 детей (32 мальчика и 18 девочек) в возрасте от 3 до 7 лет с гипертрофией аденоидов и небных миндалин. Всем детям было выполнено оперативное лечение под эндотрахеальным наркозом – эндоскопическая аденотомия, тонзиллотомия. У 15 детей тонзиллотомия была выполнена традиционным методом с помощью тонзиллярной петли (контрольная группа). 35 пациентам тонзиллотомия была выполнена сосудистыми ножницами с помощью электроотсоса (основная группа). Пациенты наблюдались на 1-й, 7-й день после операции, а также через 1–2 года. Оценивались: в раннем послеоперационном периоде выраженность болевого синдрома по 10 бальной шкале, время очи-

щения раневой поверхности (в днях). В отдаленных результатах – наличие спаек, казеозного содержимого в миндалинах, рецидива гипертрофии, храп. Полученные результаты: дети основной группы оценили выраженность болевого синдрома в среднем на 2 балла ниже, чем в контрольной. Миндалины очистились от налета фибрина на 5–6 день в основной группе и на 6–7 день – в контрольной. При рассмотрении отдаленных результатов – у детей в основной группе не было выявлено грубых спаек, скопления казеозного содержимого, отсутствовал храп, увеличение небных миндалин до 2 степени было выявлено в 5 (14%) случаях. Практически у всех детей контрольной группы были выявлены спайки в области миндалин, у 4 (27%) – в лакунах наблюдалось казеозное содержимое, 2 (13%) детей страдали храпом, у 3 (20%) была выявлена гипертрофия небных миндалин, более выраженная в нижнем ее полюсе, асимметрия зева.

Выводы: 1. Выполнение тонзиллотомии сосудистыми ножницами по сравнению с тонзиллярной петлей является более щадящим методом, позволяющим снизить реактивные явления в раннем послеоперационном периоде. 2. Отдаленные результаты операции в основной группе значительно лучше, чем в контрольной.

МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ, СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ И РЕГЕНЕРАЦИИ ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ОДНОСТОРОННИХ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ УРОДИНАМИКИ

Яцык С.П., Русаков А.А., Тарзан А.О.
НЦЗД, Москва

Цель: установить влияние нарушения уродинамики на процессы воспаления, склерозирования и регенерации почечной ткани при односторонних обструктивных уропатиях у детей.

Задачи исследования: 1. Определить различия форменных элементов мочи в пораженной почке и мочевом пузыре при различных видах моносторонних обструкций и охарактеризовать их клиническое значение. 2. Определить взаимосвязь между клеточным составом мочи и уровнем медиаторов воспаления и факторов склерозирования пораженной почки.

Новизна: 1. Нарушения уродинамики осложняются локальным воспалением собирательной системы и паренхимы почки, что подтверждается бактериальной лейкоцитурией, повышенной экскрецией провоспалительных цитокинов и низкой концентрацией уромодулина, способствующей адгезии микробных тел к эндотелию мочевых путей. 2. При односторонних обструктивных уропатиях у детей паренхима почки на стороне поражения сохраняет способность синтезировать не только провоспалительные цитокины, но и факторы регенерации тканей. Доказательством этого положения являются установленные высокие содержания IL-8 и G-CSF, фоллистатина и ангиопоэтина в моче из пораженной почки по сравнению с мочой из мочевого пузыря; корреляционные связи между концентрацией провоспалительных цитокинов и факторов регенерации; а также стабильный уровень фактора роста сосудистого эндотелия VEGF-A.

Практическая значимость: 1. У детей с односторонней обструкцией мочевых путей в случаях появления симптомов инфекции неясного происхождения при нормальных анализах мочи, полученной из мочевого пузыря, следует иметь в виду возможность локального воспаления в пораженной почке. 2. Обнаруженная тесная корреляция между лейкоцитурией и выраженностью повышения продукции провоспалительных цитокинов позволяет считать современный автоматизированный метод анализа мочи с помощью проточной урочитометрии информативным для выявления воспаления в органах

мочевыводящей системы, в том числе – локального воспаления у детей с односторонними обструктивными уропатиями при исследовании мочи из пораженной почки. 3. Оперативная коррекция уродинамики при моностороннем гидронефрозе и обструктивном мегауретере сопровождается разрешением воспалительного процесса уже в ранние сроки после операции и завершается у большинства больных через 5–6 месяцев после вмешательства.

Выводы: 1. Нарушение уродинамики при одностороннем гидронефрозе и одностороннем мегауретере сопровождается локальным воспалением мочевых путей на стороне поражения, которое подтверждается высоким уровнем белка, лейкоцитов, эритроцитов и бактерий в моче на стороне обструкции, и не может быть выявлено с помощью общего анализа мочи, собранного из мочевого пузыря. 2. Нарушение уродинамики и локальное воспаление при одностороннем гидронефрозе и одностороннем обструктивном мегауретере сопровождается повышенной продукцией провоспалительных цитокинов IL-8 и G-CSF, факторов тканевой регенерации и ангиогенеза – фоллистатина и ангиопоэтина; а также уменьшением экскреции уромодулина, которое поддерживает бактериурию. 3. Оперативная коррекция уродинамики в сочетании с антибактериальной терапией при моностороннем гидронефрозе и обструктивном мегауретере приводит к купированию воспалительного процесса уже в ранние сроки после операции и его ликвидацией у большинства больных через 5–6 месяцев после вмешательства.

Практические рекомендации: 1. У детей с односторонней обструкцией мочевых путей в случаях появления симптомов инфекции неясного происхождения при нормальных анализах мочи, полученной из мочевого пузыря, следует иметь в виду возможность локального воспаления в пораженной почке. 2. С целью улучшения результатов лечения у детей с моносторонней обструкцией проведение антибактериальной терапии необходимо начинать в предоперационном периоде.

СИНДРОМ ЦИННЕРА

Яцык С.П., Тарзан А.О., Русаков А.А.
Научный центр здоровья детей, Москва

Цель. Разработать алгоритм диагностического поиска при сложных сочетанных пороках мочеполовой системы, и определение тактики хирургической коррекции данной урологической патологии.

Задачи исследования: 1. С учетом редкости встречаемости данного порока, необходимо выработать алгоритм мероприятий направленных на постановку точного диагноза. 2. Понимание функциональных нарушений мочеполового тракта при данном пороке позволяет определить этапность инструментально хирургических мероприятий и тактики хирургической коррекции.

Практические рекомендации: 1. Современные методы визуализации, такие как МРТ, КТ способствуют ранней диагностике синдрома Циннера. Нередко кисты семенного пузырька пролабируют в мочевой пузырь. 2. Магнитно-резонансная томография – эффективный неинвазивный метод исследования, способствующий ранней диагностике синдрома Циннера и, следовательно, раннему целесообразному лечению для избавления пациента от имеющихся жалоб и профилактики бесплодия.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УДВОЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА, ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С УРЕТРАЛЬНЫМ СВИЩОМ

Яцык С.П., Буркин А.Г., Тарзян А.О., Гурская А.С.

*Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой,
Национальный медицинский исследовательский центр «Научный
центр здоровья детей», Москва*

Ребенок, мальчик, 1 год 6 месяцев. Беременность первая, роды срочные, физиологические. Оценка по Апгар 8/9. Перинатальный период без особенностей. Психомоторное развитие по возрасту. Основные жалобы при поступлении: неправильное строение наружных половых органов, мочеиспускание из нетипичного места. По данным обследования признаков инфекции мочевых путей не выявлено. Кариотип 46, XY. Сонография органов мошонки без патологии. По данным сонографии почек и мочевого пузыря выявлена подвздошная дистопия и гипоплазия левой почки, кроме того выявлен извитой свищевой ход от мочевого пузыря к лону. По данным цистосуретроскопии выявлено удвоение уретры, шейки мочевого пузыря, семенной пузырек только один, единый общий мочевой пузырь. Сообщение фистулы с задней уретрой доказано при проведении «цветного» теста. Выполнено: иссечение свища, мобилизация добавочной уретры, формирование единого ствола полового члена, пластика и формирование единой ладьевидной ямки и головки. При катанестическом обследовании через 6 месяцев после операции: мочеиспускание единой струей по длинной оси полового члена через неомеатус, отсутствие искривления полового члена, отсутствие прогрессирующей нефропатии.

СПЕКТР СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Антонова Е.А., Филатова Т.А., Горяинова А.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России; Детская городская больница № 13 имени Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

Введение. Муковисцидоз (МВ), или кистозный фиброз, – наследственное заболевание, сокращающее продолжительность и влияющее на качество жизни пациентов без оказания адекватного лечения. Важно, что во всем мире отмечается высокая распространенность аллергических заболеваний, увеличивается число случаев тяжелых аллергических реакций (анафилаксия, крапивница и нарушение пищеварения при ПА и нарушение развития).

Идея. В связи с высокой частотой аллергических состояний возникла необходимость в определении спектра сенсibilизации у детей с МВ для правильного ведения этих детей, снижения риска развития острых аллергических реакций, для улучшения течения основного заболевания и качества жизни пациентов, посредством правильной диетотерапии. Цель. Провести ретроспективный анализ частоты встречаемости отдельных пищевых и иных аллергенов у пациентов с муковисцидозом с использованием лабораторных методик диагностики.

Материалы и методы. Было обследовано 53 ребенка – 23 мальчика (43%) и 30 девочек (57%), с диагнозом муковисцидоз, установленным на основании результатов генетического метода диагностики, в возрасте от 3 до 17 лет (средний возраст $6 \pm 3,17$ лет). Для верификации спектра сенсibilизации использовался лабораторный метод диагностики с определением специфических иммуноглобулинов класса E в образцах сыворотки крови на биологическом микрочипе. Забор венозной крови производился в специальные пробирки с активатором свертывания и гелем, объем крови для диагностики составлял всего 5 мл. Статистическая обработка проводилась с использованием встроенных модулей MS Excel 2013.

Результаты. В ходе проведенного анализа был выявлен высокий титр специфических IgE антител у 37% исследуемых ($n=20$), наиболее часто к аэроаллергенам: пыльцевым 23% ($n=12$) (пыльца деревьев, трав); бытовым (домашняя пыль и/или клещи домашней пыли) 19% ($n=10$), к аллергенам эпителия домашних животных (чаще кошки) у 30% ($n=16$) обследованных с МВ, к *Aspergillus fumigatus* у 17% ($n=9$). Пищевая аллергия диагностирована у 33% пациентов ($n=17$): сенсibilизация к белкам животного происхождения: к различным фракциям белка коровьего молока у 13% пациентов ($n=7$), к белку яйца у 20% пациентов ($n=10$), арахису 13% ($n=7$), яблоку 7% ($n=4$).

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют, что МВ достаточно часто ассоциируется с сенсibilизацией к различным аллергенам. При этом до настоящего времени не представлено стандартизованных схем диетотерапии для данной категории детей. Таким образом, на основании широкого спектра встречаемых в практике аллергенов крайне актуальным является создание соответствующих протоколов, что должно напрямую способствовать исключению острых аллергических реакций при контакте с животными, пылью деревьев и трав.

ПРИМЕНЕНИЕ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЦЕРВИКАЛГИЯМИ

Батышева Т.Т., Тарасова Н.А., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Тупсина Н.В., Уханова А.Н., Кирсанова Е.Ю., Проскура Ю.К., Филиппова Т.Н., Платонова А.Н.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Актуальность. Цервикалгия – это болевой синдром в области шеи, сопровождающийся напряжением, болезненностью мышц, ограничением подвижности в шейном отделе. Дополнительно могут отмечаться головокружение, шум в ушах, нечеткостью зрения, парестезии и онемение, неустойчивость. Лечение данного синдрома включает в себя хирургические и консервативные методы, в частности – кинезиотейпирование. В основе действия кинезиотейпов лежат следующие эффекты: активация микроциркуляции в коже, подкожно-жировой клетчатке и поверхностных мышцах, уменьшение болевого синдрома поврежденного участка за счет понижения внутритканевого давления и оптимизации лимфодренажа данного региона, восстановление функциональной активности мышц, и эластических свойств фасций, нормализация функции суставов, а также сегментарное влияние на внутренние органы. Методика заключается в наложении кинезиотейпа на покровные структуры тела с различным натяжением. В зависимости от натяжения кинезиотейп способен понижать внутритканевое давление, оптимизировать микроциркуляцию и «разгружать» рецепторы, либо, напротив, оказывать давление на кожу, стимулируя тем самым афферентную проприоимпульсацию.

Цель. Оценить эффективность метода кинезиотейпирования для уменьшения боли и снижения ограничения подвижности в шейном отделе у детей с цервикалгией.

Материалы и методы. Проведено динамическое наблюдение 20 пациентов в возрасте 10 до 16 лет. Для всех больных были использованы два вида наложения, такие как лимфотейпинг и послабляющая (пространственная) коррекция. Каждый пациент субъективно оценивал уровень боли в шее по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) от 1 до 5 баллов до начала лечения и после окончания курса. Определялось наличие или отсутствие болезненности при пальпации разной степени интенсивности (легкое касание, умеренная пальпация и глубокая пальпация). Степень ограничения подвижности определялась измерением амплитуды ротации головы в горизонтальной плоскости при помощи угломера.

Результаты. После курса тейпирования у всех пациентов уровень боли по ВАШ снизился в среднем на 2–3 балла, вплоть до полного исчезновения болевого синдрома. Также боль при пальпации исчезла или снизилась до возникновения только при глубокой пальпации. Пациенты, у которых жалобы возникали только при физической нагрузке во время ЛФК, больше не испытывали боли во время занятий. У детей с ограничением подвижности в шейном отделе наблюдалась положительная динамика: увеличение объема ротации на пораженной стороне в среднем на 40–45 градусов.

Выводы. Метод кинезиотейпирования является эффективной методикой обезболивания у пациентов с цервикалгией, позволяет улучшить качество жизни пациента, дает возможность проводить более интенсивную реабилитацию



КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ С ПОМОЩЬЮ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СМЕСИ ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Буркина Н.И., Боровик Т.Э.

«Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва

Введение. Нутритивная недостаточность является одним из частых осложнений при муковисцидозе (МВ) и напрямую влияет на функцию легких и продолжительность жизни пациентов. В связи с чем лечебное питание является важным компонентом комплексной базисной терапии МВ. Диета должна быть высококалорийной с повышенным содержанием белка, без ограничения потребления жира при адекватной ферментной заместительной терапии у больных МВ с хронической панкреатической недостаточностью.

Цель. Изучение эффективности применения смеси «Нутриэн Стандарт» (Россия) в качестве нутритивной поддержки, осуществляемой через гастростому, у детей, больных МВ с недостаточностью питания.

Материалы и методы. Для оценки эффективности в исследовании были использованы показатели, характеризующие динамику массы тела (по программам Who-anthro и Who-anthroPlus) и частоту бронхолегочных обострений. Под наблюдением находилось 30 пациентов с тяжелым течением легочно-кишечной формы МВ, с абсолютной хронической панкреатической недостаточностью (фекальная эластаза <50 мкг/г). Возраст детей колебался от 4 до 17 лет. У всех больных при поступлении в клинику была диагностирована недостаточность питания (НП) – Z-score ИМТ/возраст от –1,5 до –5,25). I группа пациентов (n=16) в составе лечебного рациона получала высококалорийную высокобелковую отечественную смесь «Нутриэн Стандарт» путем сипинга в период нахождения в стационаре. Продолжительность применения смеси составила 14 дней. II группе больных указанный продукт был назначен после установки низкопрофильной гастростомы. Динамическое наблюдение составило 18 мес, в течение которых пациенты продолжали получать дополнительно лечебную смесь методом ночной гипералиментации через стому. Оценка показателей физического развития осуществляли в момент постановки гастростомы, а также через 6, 12 и 18 мес. терапии. Фиксировали наличие/отсутствие признаков непереносимости смеси (аллергические реакции, диспепсические явления, характер и частота стула), а также количество обострений МВ. **Результаты:** По результатам исследования в I группе 2 ребенка отказались от приема смеси из-за ее «неприятного» вкуса, у 12 пациентов к 14-му дню отмечалось увеличение массы тела на 200–450 г, у 2 больных – масса тела не изменилась. Во II группе на фоне приема смеси «Нутриэн Стандарт» при ночной гипералиментации через низкопрофильную гастростому – через 18 месяцев. У всех пациентов отмечалась значительная прибавка массы тела (от 2,5 до 5,2 кг). Реакций непереносимости продукта не наблюдалось ни у одного пациента.

Обсуждение. До применения изучаемой лечебной смеси тяжелая степень НП отмечалась у 6 больных (20%), средняя – у 7 (23,3%), у 17 человек (56,6%) – легкая. Контроль нутритивного статуса был проведен через 18 месяцев, по результатам которого ни один пациент не имел тяжелой степени НП, у 20% диагностирована средняя степень НП, легкая степень – 58%. У 22% детей НП была устранена. Важно отметить, что на фоне нормализации и улучшения нутритивного статуса у пациентов отмечалось значительное снижение количества и тяжести обострений бронхолегочного процесса от 4–5 до 1–2 раз в год. **Выводы:** коррекция нутритивного статуса высокоэнергетической высокобелковой смесью показана всем больным МВ, осложненным недостаточностью питания. Наилучший клинический эффект в виде улучшения показателей физического развития и снижения частоты бронхолегочных осложнений получен при проведении ночной гипералиментации указанным продуктом через низкопрофильную гастростому.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА БОДИПЛЕТИЗМОГРАФИИ В ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Быстрова С.Г., Симонова О.И.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Семеновский университет), Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Введение. Муковисцидоз (МВ) – аутосомно-рецессивное моногенное наследственное заболевание, при котором могут поражаться все экзокринные железы, что приводит к нарушениям функций жизненно важных органов и систем. При этом заболевании прогноз во многом зависит от тяжести поражения прежде всего органов дыхания. Традиционно в клинической практике для исследования функции внешнего дыхания (ФВД) применяются спирометрия (СПМ), а бодиплетизмография (БПГ) у детей с МВ, по данным литературы, практически не используется. Однако только БПГ позволяет определить такие важные показатели, как внутригрудной объем легких (ВГО), функциональную остаточную емкость легких (ФОЕ), остаточный объем легких (ООЛ), общую емкость легких (ОЕЛ), а также бронхиальное сопротивление (БС). Основными показателями СПМ являются объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1), индекс Тиффно (ИТ). Форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ) можно оценить с помощью БПГ и СПМ. Известно, что в некоторых случаях при нормальных показателях СПМ, не исключаются скрытые обструктивные, рестриктивные или смешанные нарушения дыхания. По литературным данным у больных МВ детей БС нарастает с увеличением степени тяжести заболевания (даже умеренное повышение БС приводит к существенной гиперинфляции легких), показатели ООЛ и ВГО так же резко повышаются при тяжелом течении МВ, что является неблагоприятным прогностическим признаком.

Цель: оценить информативность метода бодиплетизмографии в диагностике функциональных нарушений у детей с муковисцидозом. **Материалы и методы.** Ретроспективно сплошным методом были отобраны и проанализированы 56 историй болезни у 19 детей с МВ, проходивших неоднократно лечение в пульмонологическом отделении НМИЦ, в возрасте 6–17 лет (Me=13,63) за период 2018–2019 гг. Отдельно оценивалось количество обострений в год (min=0, max=5, Me=2). Детям, включенным в исследование, в каждую госпитализацию параллельно были сделаны спирометрия и бодиплетизмография. Статистический анализ проводился описательным методом, а также путем расчета показателей вариационного ряда, коэффициента корреляции Пирсона (r) и вероятности (p-уровня значимости) с помощью пакета программ STATISTICA 6.0.

Результаты. По данным бодиплетизмографии у 9 (47%) пациентов отмечалось повышение ВГО, у 8 (42%) – ООЛ, у 4 (21%) – значительное или резкое. У 7 (37%) больных при нормальных показателях ФЖЕЛ (>80%D), ОФВ1 (>81%D) и ИТ при СПМ было отмечено повышение ООЛ (204±17,4%D), ВГО (146,4±4,7%D) и ОЕЛ (135,6±4%D) по данным БПГ. Выявлена более сильная корреляционная связь показателя ФЖЕЛ (41-133%D) при БПГ (r= -0,523) с частотой обострений в год (0–5) по сравнению с ФЖЕЛ (28-114%D), оцененную методом СПМ (r= -0,353), при высокой силе связи этих показателей между собой (r= 0,834). Аналогично, с индексом массы тела детей (12–23,6 кг/м²) показатели ФЖЕЛ по данным БПГ и СПМ коррелировали с r = 0,51 и 0,28 соответственно. Также средняя сила корреляционной связи с частотой обострений отмечена у показателей ООЛ (50–366%D) и БС (65–551%D) при БПГ, r = 0,513 и 0,516 соответственно, что было сравнимо (по модулю, ввиду разно направленности связи) с таковой для ОФВ1 (25–120%D) при СПМ – r = -0,543 (p<0,01).

Выводы. Таким образом у детей с муковисцидозом метод бодиплетизмографии является более чувствительным для оценки функции внешнего

дыхания в сравнении со спирометрией. Несмотря на нормальные показатели спирометрии, при бодиплетизмографии могут быть выявлены значимые отклонения от нормы, до появления клинических симптомов обострения, подтверждающие начало нарушений респираторной функции. Бодиплетизмография дает возможность оценить скрытые признаки обострения, своевременно начинать терапию и контролировать ее эффективность. Бодиплетизмографию необходимо проводить наряду со спирометрией для более полной оценки нарушений функции внешнего дыхания у детей с муковисцидозом.

ХРОНИЧЕСКАЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, ПРОТЕКАЮЩИМ С РАЗВИТИЕМ ВТОРИЧНОЙ МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Воробьева Д.С., Алексеева И.Г., Денисова С.Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва

Введение. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки как наиболее часто встречаемая патология среди заболеваний желудочно-кишечного тракта, и атопический дерматит имеют ряд общих черт: полиэтиология, среди которой можно выделить наследственную отягощенность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта и аллергическим заболеваниям, и хронический характер течения заболеваний. В настоящее время считается: вследствие нерациональной терапии хронических форм заболеваний кожи и желудочно-кишечного тракта, происходит нарушение микробиоценоза, что приводит к присоединению микотической инфекции.

Цель. Изучение хронической гастродуоденальной патологии у детей с атопическим дерматитом, протекающим в условиях нарушенного микробиоценоза, с развитием вторичной микотической инфекции.

Материалы и методы. Проведено обследование грибкового микробиоценоза слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у 64 детей в возрасте от 3 до 16 лет, имеющих осложненные формы атопического дерматита грибковой инфекцией. Степень тяжести атопического дерматита оценивалась с помощью шкалы SCORAD. Всем наблюдаемым проводили фиброгастродуоденоскопию и биопсию с пораженных участков слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Микологическое обследование включало в себя идентификацию грибковой микрофлоры с помощью микроскопических и биохимических методов, и определение циркулирующего кандидозного антигена в сыворотке крови методом амперометрического иммуноферментного сенсора.

Результаты. Дети с атопическим дерматитом, протекавшим в условиях нарушенного микробиоценоза, с развитием вторичной микотической инфекции, в 70,3 % случаев имели сочетанное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта и кожи дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Семейная отягощенность по аллергическим заболеваниям, патологии органов пищеварения и микозам отмечалась в 88,8%. В структуре гастродуоденальной патологии хронический гастродуоденит составил 66,7%, а язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 33,3%. У детей с выявленными формами гастродуоденальной патологии 80% случаев высевались грибы вида *Candida albicans*, в 100 % случаев в сыворотке крови выявлен циркулирующий кандидозный антиген, преимущественно в высоких концентрациях. На фоне приема продуктов, содержащих грибы в процессе производства, отмечалось одновременное обострение атопического дерматита и появление клинических симптомов хронической гастродуоденальной патологии. Выводы. У детей с атопическим дерматитом, протекающим с развитием вторичной микотической инфекции, нужно думать о сочетанном поражении верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Наиболее

значимым методом диагностики при развитии грибковой инфекции является определение циркулирующего кандидозного антигена в сыворотке крови. Присутствие в крови циркулирующего кандидозного антигена объясняет ухудшение клинических симптомов заболеваний после приема продуктов, содержащих грибы в процессе производства. Терапия должна быть комплексной: включать антимикотики системного действия и коррекцию диетотерапии.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ НАВЫКА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ СРЕДИ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

Гаверютина И.В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России», Москва

Сердечно-легочная реанимация – комплекс экстренных мер по восстановлению спонтанного кровообращения. С учетом результатов экспериментальных и клинических исследований Международным комитетом по связям в реанимации ILCOR разработаны и периодически обновляются рекомендации по эффективному проведению реанимационных мероприятий. Готовность к качественному оказанию реанимационных мероприятий врачами обеспечивается с помощью практических тренингов в условиях симуляционного центра. В настоящее время в мире не существует единой успешной методики качественной подготовки специалистов, также как и единой системы оценки качества реанимационных навыков. Проблемой оказания качественной неотложной медицинской помощи является также вопрос регулярности практических тренингов среди врачей в связи с постепенным угасанием реанимационных навыков после симуляционного тренинга. Впервые на базе Научно-образовательного инновационного центра «Неотложные состояния в педиатрии» нами была изучена выживаемость практических навыков сердечно-легочной реанимации среди врачей скорой медицинской помощи. Для проведения анализа качества оказания сердечно-легочной реанимации нами было разработано изобретение «Способ контроля качества практической подготовки к оказанию сердечно-легочной реанимации детям в процессе обучения», включающее в себя рейтинго-балльную систему, позволяющую сочетать индивидуальный подход, контроль за каждой единицей действий, прослеживать взаимосвязь между процессом обучения и результатом, корректировать ход освоения практических навыков с учетом интерактивного тестирования. С целью изучения выживаемости реанимационных навыков была проведена рандомизация врачей по давности прохождения первого симуляционного тренинга по СЛР: первая подгруппа с давностью первого симуляционного модуля 6–12 месяцев (до года), вторая подгруппа с давностью 13–48 месяцев (1–2 года), третья подгруппа с давностью 25–36 месяцев (2–3 года). В ходе исследования выживаемости практических навыков было получено достоверное снижение качества выполнения респираторной поддержки и непрямого массажа сердца. Качество респираторной поддержки достоверно снижается в течение первого года (6–12 месяцев после тренинга) после симуляционного тренинга по показателям респираторной поддержки и непрямого массажа сердца при $p < 0,05$, достигая максимума в группе 36 и более месяцев. Исходя из полученных результатов исследования, качество респираторной поддержки снижается в течение года после обучения: соответствие глубины вдуваний рекомендациям ILCOR изменилось с 44% до 29%, длительность вдуваний 1–1,5 секунды с 56% до 28%, экскурсия грудной клетки с 60% до 35%, количество вдуваний в цикле с 94% до 69%, поддержание проходимости дыхательных путей методом лоб-подбородок с 94% до 73%. В группах 13–24 месяцев и 25–36 месяцев происходит дальнейшее ухудшение качества оказания респираторной



поддержки: глубина вдвуханий снижается и соответствует рекомендованной в 14% наблюдений, длительность вдвуханий в 11%, экскурсия грудной клетки в 14%, количество вдвуханий в цикле в 37%, поддержание проходимости дыхательных путей в 7% наблюдений. Показатели качества непрямого массажа сердца в группе 1 имеют достоверное ($p < 0,05$) снижение по показателям: соответствие места проведения непрямого массажа сердца рекомендованному снизилось с 91% до 80% наблюдений, сдавливание ребер во время непрямого массажа сердца с 95% до 91%, количество компрессий в цикле с 71% до 61%, нарушение положения рук на грудной клетке во время компрессий с 99% до 82%, длительность интервала между циклами компрессий с 60% до 64%, частота с 68% до 64% и глубина компрессий с 76% до 57%. В группах 13–24 месяцев и 25–36 месяцев происходит дальнейшее ухудшение качества непрямого массажа сердца: точка непрямого массажа сердца соответствует рекомендованной в 62% наблюдений, сдавливание ребер во время непрямого массажа сердца в 75% наблюдений, количество компрессий в цикле в 40% наблюдений, нарушение положения рук на грудной клетке во время компрессий в 68% наблюдений, длительность интервала между циклами компрессий в 37% наблюдений, частота в 41% наблюдений и глубина компрессий в 34% наблюдений. Учитывая, что перечисленные показатели достоверно снижаются уже в течение первого года после симуляционного тренинга, а наиболее существенные изменения отмечаются ко 2 году, рекомендуется проходить повторное обучение не реже 1 раза в два года с обязательным контролем качества практических навыков.

ДИАГНОСТИКА СТРУКТУРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ НЕЙРОСОНОГРАФИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ, ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Горохольская В.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Кафедра госпитальной педиатрии № 2 педиатрического факультета, Москва

Введение. Нейросонография (НСГ) является наиболее доступным, безопасным, неинвазивным методом диагностики структурных характеристик головного мозга и церебральных повреждений у новорожденных. Идея. Разработать оптимальный диагностический алгоритм проведения НСГ у заявленной категории пациентов.

Цель: доказать необходимость проведения динамической НСГ в течение первой недели жизни у детей, рожденных с экстремально низкой, очень низкой и низкой массой тела на основе анализа формирования структурных изменений головного мозга у данной категории пациентов. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 68 историй развития детей, рожденных на сроках гестации от 24 до 28 недель с массой тела от 500 г до 1840 г, наблюдавшихся в родильном доме г. Москвы в период с декабря 2015 года по январь 2020 года. НСГ была выполнена 50 новорожденным (73,5%), из них у 25 детей (36,8%) первое УЗИ было выполнено на 1–2 сутки жизни, у 20 детей (29,4%) – на 3–4 сутки, и у 5 детей (7,3%) – на 5–6 день жизни. Лишь у 10 новорожденных (14,7%) НСГ оценивалась в динамике.

Результаты. В ходе оценки историй развития новорожденных были получены следующие результаты: • у 25 новорожденных (50%) выявлена слабая выраженность рисунка основных извилин и борозд головного мозга; • у 19 новорожденных (38%) выявлено расщепление и расширение межполушарной щели; • у 27 новорожденных (54%) – асимметрия затылочных рогов боковых желудочков головного мозга; • у 21 новорожденного (42%) выявлена неоднородность структуры сосудистых

сплетений; • у 9 новорожденных (18%) выявлено расширение контуров сосудистых сплетений; • у 30 новорожденных (60%) отмечались признаки ишемии головного мозга различной степени выраженности: от формирования минимального перивентрикулярного ореола (ПВО) до выраженной перивентрикулярной ишемии, как проявления острой стадии перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ). Дополнительно у 13 детей (26%) диагностировано перивентрикулярное кровоизлияние (ПВК) II – III степени. Трое детей (6,2%) оказались угрожаемы по формированию ПВЛ: при динамическом УЗИ у них сохранялся выраженный ПВО. У двоих детей (4%) выявлены субэпендимальные псевдокисты, что свидетельствовало об их внутриутробном формировании. У одного ребенка (2%) диагностирован венозный геморрагически-ишемический инфаркт – ПВК IV степени. Анализ анамнестических данных показал, что дети с экстремально низкой, очень низкой и низкой массой тела рождаются преимущественно от матерей возрастной группы от 30 до 40 лет включительно – 51 ребенок (75%), в группе после 40 лет – 6 детей (8,8%), а в группе до 30 лет – 11 детей (16,2%). При этом в третьей группе – 5 матерей (45,5%) не обследовались во время беременности, у 2 женщин (18%) – отмечалась угроза самопроизвольного прерывания беременности и были установлены акушерские пессарии; еще у двоих (18%) – было диагностировано ягодичное предлежание плода и преждевременная отслойка плаценты.

Обсуждение. В результате анализа полученных данных отмечено, что при проведении НСГ на 1 сутки жизни на эхограмме преобладают признаки морфологической незрелости головного мозга, а максимальные геморрагически-ишемические изменения головного мозга формируются только на 3–4 сутки жизни ребенка. Соответственно оптимальным диагностическим алгоритмом наблюдения данной категории новорожденных является проведение динамической НСГ на 1-е, 3-4-е и 7-е сутки жизни. Данные сроки позволяют своевременно заподозрить и диагностировать пери- и интравентрикулярные повреждения головного мозга, сопоставить результаты нейросонографии с неврологическим состоянием пациента, своевременно поставить и верифицировать диагноз, назначить терапию в необходимом объеме, провести прогнозирование исходов. В результате исследования выявлено, что группу риска по рождению выбранной когорты детей составляют женщины возрастной категории от 30 до 40 лет включительно и беременные с осложненным течением беременности, что требует от врачей акушеров-гинекологов более внимательного и тщательного ведения беременности у данных пациенток.

ЭКСТРЕМАЛЬНО НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ К 3 ГОДАМ ЖИЗНИ (НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Гребнева В.М., Берсенева С.Ю., Сахарова Е.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (Клиническая база Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница имени Е.О. Мухина Департамента здравоохранения Москвы»), Москва

Актуальность. Современные технологии позволяют сохранить жизнь детям, рожденным в середине срока беременности. Однако исследования показывают, что как младенческая смертность, так и перинатальная заболеваемость обратно пропорциональны гестационному возрасту (ГВ). Глубоко недоношенные дети страдают от церебральной ишемии и дыхательных расстройств, формируя хроническую патологию. По статистике от 40 до 80% детей, рожденных в 22–27 недель гестации, имеют когнитивные расстройства и двигательные нарушения. Для совершенствования медицинской помощи, а именно разработки меха-

низмов влияния на процессы созревания нервной системы, необходимы анализ компенсаторных возможностей глубоко недоношенных детей и изучение развития их психомоторных функций.

Цель исследования – оценить особенности психомоторного развития детей, рожденных в 22–27 недель гестации, к 36 месяцам скорректированного возраста (СВ).

Материалы и методы. Ретроспективный сравнительный анализ динамики психомоторного развития глубоко недоношенных детей первых 39 месяцев жизни, распределенных в зависимости от гестационного возраста (ГВ) на группы: 1 – 22–27 недели (n=35) и 2 – 28–32 недели (n=35). Использованы данные медицинской документации. Оценку нервно-психического и моторного развития проводили с учетом скорректированного возраста. Результаты оценки сопоставлялись с рекомендациями ВОЗ и значениями шкалы CAT/CLAMS (клинически адаптивный тест/клиническая лингвистическая и слуховая шкала).

Результаты. Сроки внеутробной адаптации у детей 1-й группы были выше, что свидетельствует о более глубокой морфофункциональной незрелости. На этом фоне частота внутрижелудочковых кровоизлияний I-II степени составила 24 (68,6%) в 1-й и 11 (31,4%) во 2-й группе, III степени 4 (11,43%) и 3 (8,6%), перивентрикулярной лейкомаляции 10 (28,6%) и 7 (20%), соответственно ($p > 0,05$), что свидетельствует о более тяжелом поражении головного мозга среди них. К 36 месяцам СВ моторные нарушения были выявлены у 9 детей (25,7%) 1-й и 7 (20%) 2-й группы, из них у 6 (17,14%) и 4 (11,42%) неловкость на фоне мышечной гипотонии и атаксии, у 3 детей (8,6%) и 3 (8,6%) – повышение мышечного тонуса, у 12 (34,29%) и 9 (25,7%), соответственно, – отмечались познавательные нарушения (коэффициент познавательного развития по шкале CAT/CLAMS $\leq 75\%$), ($p > 0,05$). Задержка речевого развития отмечалась у 100% детей в обеих группах, но 23 (65,7%) ребенка в 1-й и 26 (74,29%) во 2-й группе – сравнивались по показателям развития с доношенными сверстниками к 36 месяцам СВ возраста ($p < 0,05$), при этом у детей 2-й группы динамика развития соответствовала СВ за время всего периода наблюдения, а в 1-й группе только на третьем году жизни. Среди них становление навыков в первые 12 месяцев жизни запаздывало в среднем на 2 возрастных срока в пересчете как СВ, так и на фактический возраст (ФВ) – фиксация взгляда на лице взрослого и улыбка в ответ на обращение появлялась в 4,5 месяца ФВ – у детей 1-й и в 2, 5 месяца – 2-й группы, удерживали голову в 5,5 месяцев и в 3 месяца, соответственно, поворот на бок отмечался в 9–10 месяцев в 1-й и в 5 месяцев – во 2-й, поворот на живот и обратно в 11 месяцев в 1-й и 9 месяцев во 2-й, сидели без поддержки в 13 месяцев и в 9 месяцев, соответственно, начали самостоятельно садиться в 14 месяцев в 1-й и 10 месяцев во 2-й, стояли без опоры в 19 месяцев – в 1-й и в 14 месяцев во 2-й, ходили без опоры в 18–20 месяцев и в 15–16 месяцев, говорили развернутыми предложениями в 30 месяцев и 27 месяцев, соответственно ($p > 0,05$).

Выводы. На фоне выраженной морфофункциональной незрелости сроки постнеонатальной адаптации, созревания структур головного мозга, поступательность неврологического развития у детей, рожденных в 22–27 недель гестации, имеют выраженные отличия от сверстников с большим гестационным возрастом, и поэтому составляют группу высокого риска по формированию неврологических и когнитивных нарушений. У детей с ГВ 22–27 недель в первые 24 месяца жизни отмечается медленный прирост психомоторных навыков с опозданием на 2 возрастных срока, относительно сверстников с ГВ 28–32 недели, но на третьем году жизни происходит «догоняющий скачок», позволяющий к 36 месяцам СВ добиваться сравнения с более зрелыми по сроку гестации сверстниками, что требует дальнейшего изучения на большей когорте пациентов.

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ БЕЗ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ (ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА), НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Демина И.В., Славнова О.В., Бавыкина О.В., Белова Е.А., Хитрова Е.И.

Воронежская областная детская клиническая больница № 1, Воронеж

Цель и задачи: изучить нозологическую структуру нарушений ритма и проводимости, выявленную у детей г. Воронежа и Воронежской области, находящихся на стационарном лечении в БУЗ ВО «ВОДКБ № 1» с перинатальным поражением центральной нервной системы в 2017–2018 гг.

Методы и материалы: проанализированы истории болезни 86 пациентов с различными видами нарушений ритма сердца и проводимости, находящихся на стационарном лечении в БУЗ ВО «ВОДКБ № 1» с перинатальным поражением центральной нервной системы в 2017–2018 гг. Результаты: всего врачами детскими кардиологами в БУЗ ВО «ВОДКБ № 1» в 2017–2018 гг. пролечено 86 пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости из г. Воронежа и Воронежской области. При анализе нозологических форм выявлено, что основную массу в стационаре составили новорожденные с экстрасистолией (суправентрикулярная, вентрикулярная, политопная) 49 (57%). Вторую группу по частоте встречаемости составляли дети с нарушением проводимости по типу АВ-блокады I степени 11 (12,7%). Следующую группу по частоте встречаемости представляли дети с пароксизмальной тахикардией 9 (10,5%). Феномен CLC диагностирован у 7 новорожденных (8,1%). Одинаково по частоте 3 (3,5%) встречались такие нарушения ритма и проводимости как феномен WPW, эктопические ритмы, синдром слабости синусового узла. У 1 (1,2%) ребенка выявлено нарушение проводимости по типу АВ-блокады III степени. При анализе структуры нарушений ритма сердца и проводимости у детей первого месяца жизни без органической патологии (ВПС), находящихся на стационарном лечении с перинатальным поражением центральной нервной системы выявлено, что более половины (57%) составили новорожденные с различными видами экстрасистолии (суправентрикулярная, вентрикулярная, политопная). Нарушения ритма и проводимости такие как феномен WPW, эктопические ритмы, синдром слабости синусового узла, АВ-блокада III степени, встречались значительно реже (11,7%).

Выводы: 1) у детей г. Воронежа и Воронежской области, находящихся на стационарном лечении в БУЗ ВО «ВОДКБ № 1» с перинатальным поражением центральной нервной системы без органической патологии (ВПС) чаще всего выявляются различные виды экстрасистолии (суправентрикулярная, вентрикулярная, политопная) (57%). 2) нарушения ритма и проводимости такие как феномен WPW, эктопические ритмы, синдром слабости синусового узла, АВ-блокада III степени, встречались значительно реже (11,7%). 3) проведение ЭКГ у новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы необходимо для выявления нарушений ритма сердца и проводимости и возможности назначения своевременного лечения.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА (ДЕФЕКТ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ВТОРИЧНЫЙ) В СОЧЕТАНИИ С ГЕМАНГИОМАТОЗОМ У НОВОРОЖДЕННОГО

Демина И.В., Славнова О.В., Бавыкина О.В., Ельчанинова О.Е., Ситаева Н.В., Игринева Е.Н.

Воронежская областная детская клиническая больница № 1, Воронеж

Цель и задачи: проанализировать случай врожденного порока сердца: дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) в сочетании с гемангиоматозом у новорожденного.

Методы и материалы: изучены истории болезни больного Д., 26.12.2018 г.р. Методы обследования: клинические, лабораторные, рентгенографические, функциональные (доплер эхокардиография (ДЭХО-КГ), электрокардиограмма (ЭКГ), рентгеновская компьютерная томография (РКТ) органов грудной клетки и брюшной полости в сосудистом режиме), магнитно-резонансная томография брюшной полости (МРТ). Результаты: ребенок родился от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания, анемией II половины, гестозом (отеки, артериальная гипертензия), хронической внутриутробной гипоксией плода. Роды I, 39 недель, экстренное кесарево сечение (преэклампсия). Масса тела при рождении 2 990 г, длина 55 см. В возрасте 5 суток ребенок был госпитализирован в отделение патологии новорожденных и недоношенных 2 (ОПНИН 2) БУЗ ВО «ВОДКБ №1» с диагнозом множественные гемангиомы кожи и печени. ДЭХО-КГ – вторичный дефект межпредсердной перегородки (7мм), дилатация правых полостей сердца. При повторных исследованиях на ДЭХО-КГ отмечалось нарастание правых полостей сердца, появление и нарастание легочной гипертензии, что обычно не наблюдается при небольшом ДМПП. У ребенка появилась одышка (частота дыхательных движений до 60 в 1 минуту), тахикардия (частота сердечных сокращений до 170 ударов в 1 минуту), в связи с чем назначена терапия сердечно-легочной недостаточности (фуросемид, спиронолактон, каптоприл) в возрастной дозировке. Однако эффекта от проводимого лечения не отмечалось. При обследовании общий и биохимический анализ крови, мочи без патологии. На ЭКГ ритм синусовый, вертикальное положение электрической оси сердца (ЭОС), перегрузка правых камер сердца. Рентгенограмма грудной клетки: пневматизация легочных полей равномерная. Легочный рисунок усилен, сгущен медиально справа за счет периваскулярных изменений, деформирован за счет гиперволемии. Очагово инфильтративные тени не выявлены. Куполы диафрагмы обычно расположены, четкие. Синусы свободны. Тень средостения не расширена. Сердце резко расширено в поперечнике, КТО 72% (норма 50-55%). Для исключения сопутствующей сосудистой патологии проведена РКТ органов грудной клетки и брюшной полости. Получено заключение: кардиомегалия, гиперволемия малого круга кровообращения. ВПС. Гепатомегалия, множественные очаговые образования печени (по характеру накопления контрастного вещества более вероятны гемангиомы). С целью уточнения диагноза, выяснения особенностей гемодинамики и морфологии было проведено МРТ брюшной полости, где выявлено наличие множественных объемных образований в обеих долях печени размером 0,3х3 мм до 20х20 мм. В терапию ребенку был добавлен пропранолол (анаприлин) в дозе 2 мг/кг/сутки в 3 приема внутрь. На фоне проводимого лечения удалось минимизировать признаки сердечной недостаточности.

Выводы: практический интерес данного наблюдения обусловлен сочетанием дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) с гемангиоматозом у новорожденного, анализом современных возможностей диагностики. Данный случай интересен тем, что своевременная диагностика и проведение необходимых исследований при этом диагнозе

позволило стабилизировать состояние ребенка и определить тактику дальнейшего наблюдения и лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОВЕДЕНИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ ВИРУСНОЙ ДИАРЕЕЙ

Ерпулева Ю.В., Гаджимаева М.А.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министрства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет), Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 9», Москва

Вступление. Рациональное питание является необходимым для роста и развития ребенка. У детей раннего возраста течение вирусной кишечной инфекции осложняется тяжелым эксикозом с электролитными нарушениями и негативными изменениями в белковом статусе, развитием резкой потери массы тела на фоне профузной диареи. Вот почему адекватная нутритивная поддержка у этой категории больных является одной из ключевых в успехе проводимой терапии.

Методы. Лабораторное оборудование – биохимический анализатор АBBOTT Architect c16000. Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин) методом по конечной точке.

Результаты. Ребенок 1 года 5 месяцев, с длительным и волнообразным течением вирусной диареи с развитием вторичной энтеропатии на фоне аденовирусной инфекции. На 19 сутки от начала заболевания на фоне профузной диареи и явлений эксикоза II степени потеря веса составляла 2300 гр. В этот период регистрировались выраженные изменения белкового статуса (гипопротеинемия – 37,7 г/л, гипоальбуминемия – 21 г/л). Проводилась коррекция энтерального питания (ЭП): смесь на основе гидролизованного белка – 900 мл/сут (б/ж/у/ккал=1,8/3,6/8,5/77) с назначением частичного парентерального питания (ЧПП): Глюкоза 20% – 10,4 г/кг/сут, Аминовен инфант 10% – 2,5 г/кг/сут, что полностью обеспечивало потребности организма ребенка в энергетических потребностях. В последующие дни на фоне нутритивной поддержки у ребенка отмечалась позитивная тенденция с прибавкой в весе 800 гр. Однако в связи с рецидивирующим диарейным синдромом и увеличением объема потерь, достигнутый эффект оказался нестабильным, что являлось предпосылкой к переводу на полное парентеральное питание: Глюкоза 20% – 10,4 г/кг/сут, Аминовен инфант 10% – 2,5 г/кг/сут, СМОФ – липид 20% – 1 г/кг/сут, с сохранением трофического объема ЭП с переводом на аминокислотную смесь. В дальнейшем по мере стабилизации состояния и уменьшения объема потерь, проводилось постепенное расширение энтерального объема с введением безмолочных каш 9 г/кг/сут, мяса 20 г/кг/сут и перевод на полное ЭП. На фоне проводимой нутритивной поддержки в рамках комплексной терапии, несмотря на затяжной характер диарейного синдрома, достигнут положительный клинико-лабораторный эффект, с прибавкой в весе 1 кг за месяц, с нормализацией уровня общего белка – 70,7 г/л, альбуминов – 42 г/л, улучшения состояния ребенка.

Заключение. У детей раннего возраста при тяжелых формах вирусной диареи очень сложно назначить питание естественным путем и обеспечить ребенка во всех необходимых нутриентах и энергии. Успех терапии напрямую зависит от своевременной нутритивной поддержки со своевременным назначением парентерального питания, постепенного расширения и пошагового введения энтерального питания.

РОЛЬ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ И ЗНАЧИМОСТЬ СРОКА ГЕСТАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Завьялов О.В.

Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ, Городская клиническая больница имени С.С. Юдина, Перинатальный центр, Москва

Актуальность. В настоящее время выхаживание детей с ЭНМТ – экстремально низкой массой тела (менее 1000 граммов) при рождении и со сроком гестации менее 28-й недели – одна из самых актуальных и сложных медико-организационных проблем современной науки – перинатологии и практической неонатальной реаниматологии. Дефицит сурфактанта и незрелость всех органов и систем во внутриутробном периоде коррелируют не только с массой тела, но и со сроком гестации. Важную роль и практическое значение при проведении респираторной терапии в раннем неонатальном периоде – в первые 168 часов жизни новорожденных, помимо массы тела и способа родоразрешения, приобретает срок гестации и время возможной реализации, а также клиническое течение и тяжесть врожденной пневмонии.

Цель. Оценить роль врожденной пневмонии и значимость срока гестации при проведении респираторной терапии у детей с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде.

Задачи. 1) Изучить эпидемиологию, патогенез и клинические особенности врожденной пневмонии у детей с ЭНМТ; 2) Проанализировать возможности и ограничения неинвазивной ИВЛ у детей с ЭНМТ на фоне реализации врожденной пневмонии в раннем неонатальном периоде; 3) Оценить значимость срока гестации при проведении респираторной терапии у детей с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. Ретроспективно-проспективный анализ проведен на клинической базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТ № 1) родильного дома Перинатального центра ГКБ имени С.С. Юдина в период с января 2018 г. по декабрь 2019 г. Согласно нашему дизайну, 55 детей соответствовали критериям включения и исключения из исследования. Клинический протокол исследования одобрен локальным Этическим комитетом больницы. Всем новорожденным детям с ЭНМТ при рождении и поступлении в ОРИТ № 1 проводилась стандартная интенсивная терапия, согласно методическим письмам и профильным рекомендациям. Средняя масса тела детей: 850+/-149 граммов, средний срок гестации: 28+/-4 недели. В зависимости от данных мониторинга предуктальной пульсоксиметрии и выраженности синдрома дыхательных расстройств (СДР), оцененной по шкале Сильверман-Андерсен [Silverman W., Andersen D., 1956], все пациенты были разделены на 3 группы исследования...

Результаты. Сформированы основные, дополнительные группы критериев и противопоказания для стартового проведения респираторной терапии в режиме DUOPAP (Duo positive airway pressure; аналог режима BiPAP – Biphasic positive airway pressure) через назальные канюли. Выработаны предикторы эффективной респираторной терапии. Основные лимитирующие факторы стартового проведения DUOPAP: масса тела менее 750 граммов и срок гестации менее 26 недель в сочетании с лактаемией более 8 ммоль/л. Ведущие факторы риска пролонгированного проведения DUOPAP – тяжелое клиническое течение врожденной пневмонии (ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации более 5,6), а также наличие и /или прогрессирование внутрижелудочковой кровоизлияния 3 степени. Разработаны практические рекомендации по эффективному проведению респираторной терапии в режиме DUOPAP в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Выводы. 1) Отягощенный соматический, акушерско-гинекологический анамнез роженицы и перинатальные (материнские и неонатальные) факторы риска оказывают влияние на степень клинической выраженности РДС и/или врожденной пневмонии – служат лимитирующими факторами, ограничивающими стартовое проведение респираторной терапии в режиме DUOPAP; 2) Стартовая и /или пролонгированная респираторная терапия в режиме DUOPAP – эффективный и безопасный режим ИВЛ, применяемый в комплексной терапии РДС средней/среднетяжелой степени и врожденной пневмонии среднетяжелой степени у новорожденных детей с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде; 3) Перинатальный и мультидисциплинарный характер малого срока гестации и реализации врожденной пневмонии у глубоко недоношенных детей с массой тела менее 1000 граммов в первые 168 часов жизни – требует привлечения и пристального внимания команды специалистов с дальнейшим проведением исследования на пути снижения перинатальных потерь и повышения качества жизни новорожденных.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КОРРЕКЦИИ ТЕРАПИИ БЛОКАТОРАМИ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ А У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Илларионов А.С., Радыгина Т.В., Потапов А.С., Петричук С.В.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России», Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва

Введение. Несмотря на эффективность блокаторов фактора некроза опухоли α (ФНО- α), в частности инфликсимаба (IFX), в индукции и поддержании ремиссии у детей с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), после года лечения наблюдается потеря ответа примерно у половины пациентов. Причинами этого являются иммуногенность препарата и фармакокинетический профиль пациентов. Прогностическая ценность таких факторов как возраст, распространенность поражения и лабораторная активность недостаточно высоки у детей. Мониторинг остаточного уровня инфликсимаба (Q-IFX) рекомендован для оптимизации долгосрочного исхода терапии IFX, но большинство подходов рассматривают исключительно коррекцию в поддерживающую фазу лечения. Имеются ограниченные данные об оценке Q-IFX во время индукции и влиянии его на отдаленные результаты у детей, однако, по данным литературы, у взрослых пациентов оценку Q-IFX необходимо проводить непосредственно после индукции. Такой подход позволяет оценить эффективность терапии, проводить коррекцию и прогнозировать долгосрочный результат.

Идея. Существующие методы позволяют: ретроспективно мониторировать у пациентов Q-IFX, наличие циркулирующих антител к IFX (ATI) и уровень циркулирующих провоспалительных цитокинов с целью прогноза потери ответа на терапию; оценивать Q-IFX практически «у постели больного» экспресс-тестами у пациентов, первичной резистентностью к терапии анти-ФНО- α , а также утративших эффект от терапии полностью или частично. Методом накопления сывороток мы ретроспективно определяли Q-IFX и ATI иммуноферментным анализом для количественного определения и уровень провоспалительных цитокинов (в частности TNF- α (ФНО- α)) мультиплексным анализом. Также мы начали применение появившихся экспресс-тестов, что может быть в дальнейшем использовано в реальной клинической практике для



своевременной коррекции схемы лечения пациентов со снижением эффективности биологической терапии.

Цель. Оценить прогностическую значимость Q-IFX, наличие АТ1 и уровня циркулирующих провоспалительных цитокинов у детей с ВЗК в отношении первичной и вторичной резистентности к терапии IFX. **Материалы и методы.** Обследованы 76 детей с ВЗК в возрасте 4–18 лет, получающих INF: 32 с язвенным колитом (ЯК) и 44 с болезнью Крона (БК). Клиническая активность оценивалась с помощью Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index и Pediatric Crohn's Disease Activity Index. Образцы крови получали перед очередной инфузией INF. Q-IFX и АТ1 в сыворотке крови оценивали иммуноферментным количественным методом Matriks Biotek Shikari Infliximab-Remsuma и Shikari Antibody to Infliximab ELISA соответственно. Уровень цитокинов измеряли мультиплексным анализом, используя Merck MILLIPLEX MAP Human TNF17 Magnetic Bead Panel. При статистической обработке применялся непараметрический критерий Манна-Уитни и ROC-анализ.

Результаты. Установлено достоверное увеличение активности индексов PUCAI и PCDAI у детей с ВЗК, у которых наблюдалась потеря эффекта IFX ($p=0,001$). При этом при потере эффекта от IFX установлено достоверное снижение Q-IFX в сыворотке крови по сравнению с детьми со стойким положительным эффектом для ЯК ($p=0,019$) и БК ($p=0,002$). Проведенный ROC анализ показал, что уровень cut-off для детей с ЯК – 2,55 мкг/мл, а для детей с БК – 2,21 мкг/мл. АТ1 были выявлены в 18% случаев, причем, чем меньше возраст ребенка, тем быстрее образуются АТ1 ($r=0,58$). У 1 пациента с устойчивым ответом в течение 5 лет терапии значения Q-IFX находились в диапазоне от 4,9 до 9,4 мкг/мл в отсутствие АТ1. Анализ цитокинового профиля выявил достоверные отличия между группами по уровню провоспалительных цитокинов: IL-23, IL-27, IL-22, INF γ , TNF- α (ФНО- α). ROC анализ выявил хорошее качество разделительной модели для ФНО- α , уровень cut-off составил 13,4 пг/мл (AUC=0,845; Se 76%, Sp 78%).

Обсуждение. При снижении Q-IFX в сыворотке крови у детей с ЯК до 2,54 мкг/мл и ниже и у детей с БК ниже 2,21 мкг/мл, можно ожидать потерю эффекта терапии и обострение заболевания. Уровень ФНО- α >13,4 пг/мл может выступать в качестве биомаркера потери эффекта от IFX. Выявлена корреляция повышенного уровня провоспалительных цитокинов, в частности ФНО- α , с более низким Q-IFX и потерей эффекта IFX. Дети младшего возраста требуют динамического контроля Q-IFX и АТ1, учитывая более частые первичную неэффективность анти-ФНО- α терапии, а также потерю ответа на лечение из-за недостаточной эффективности низких пороговых (в том числе по нижней границе нормы терапевтического уровня) значений Q-IFX и более быстрого образования АТ1.

ОСОБЕННОСТИ РОСТА ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Козлова Е.В., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., Захарян М.Э., Гусева И.М., Мурашкин Н.Н., Захарова И.Н.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр Здоровья Детей» Министерства Здравоохранения РФ, Москва

Атопический дерматит (АД) в 30% случаев сочетается с пищевой аллергией. Ограничительные элиминационные диеты, часто назначаемые при пищевой аллергии, могут негативно влиять на рост и развитие детей. Целью исследования было оценить рост детей с атопическим дерматитом.

Методы. В исследование было включено 150 детей (51% мальчиков), с тяжелым, непрерывно рецидивирующим течением атопического дерматита (SCORAD >50). Пациенты были разделены на три группы в зависимости от возраста: до 1 года, от 1 года до 5 лет и старше 5 лет.

103 (78%) пациента имели сопутствующую пищевую аллергию (которая в 18% случаев носила поливалентный характер). При поступлении в «НМИЦ Здоровья детей» Минздрава РФ всем пациентам с целью оценки физического развития проводилось измерение роста и веса, а также учитывалась распространенностью и тяжесть течения кожного процесса. Анализ антропометрических данных проводился при помощи параметров Z-score (WFH, BAZ и HAZ), используя программные обеспечения WHO Anthro и Anthroplus.

Результаты. Нарушения питания были выявлены у 30% детей с АД. У 21,3% детей была выявлена острая недостаточность питания (у 16% – легкая, у 4% умеренная НП, у 1,3% – тяжелая НП). У 7,3% пациентов была выявлена задержка роста. И только у 1,3% детей с АД отмечалось избыточный вес и ожирение, что соответствует среднепопуляционным значениям.

Заключение. Нарушения нутритивного статуса наблюдаются у каждого третьего пациента с тяжелым течением АД. Наиболее часто встречается острая легкая недостаточность питания, преимущественно у детей до 1 года. В группе детей от 1 года до 5 лет преобладает задержка роста в 2,5 раза чаще, чем в общей популяции. У детей старше 5 лет чаще, чем в других группах встречались острая умеренная и тяжелая НП, избыточная масса тела и ожирение. В связи с этим оценка физического развития является важной частью ведения пациентов с АД с целью выявления группы детей, уязвимой по формированию задержки роста и тяжелого дефицита массы тела и своевременного назначения нутритивной поддержки.

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Козлова Е.В., Захарян М.Э., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., Гусева И.М., Мурашкин Н.Н.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр Здоровья Детей» Минздрава РФ, Москва

Распространенность атопического дерматита (АД) среди детского населения колеблется от 15 до 30%. Наиболее часто АД ассоциирован с пищевой аллергией, что требует назначения ограничительных элиминационных диет, что может негативно отражаться на нутритивном статусе детей.

Цель исследования: оценить состояние питания детей с АД при поступлении в стационар.

Материалы и методы: в открытое, продольное, проспективное пилотное исследование включены 100 детей (51 мальчик и 49 девочек) в возрасте от 4 месяцев до 17 лет с распространенным атопическим дерматитом тяжелого течения (SCORAD > 40 баллов). Большинство (68%) детей было в возрасте до 5 лет, в том числе 16 детей в возрасте до 1 года. Продолжительность заболевания колебалась от 3 месяцев до 17 лет. У подавляющего большинства (81%) больных АД сопровождался пищевой аллергией, которая в 25% случаев носила поливалентный характер. Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена у 62% пациентов. Большинство (82%) больных было госпитализировано первично. Повторно поступили 18% детей, все они находились на элиминационной диете, половина из них (55,5%) получала нутритивную поддержку специализированными смесями на основе гидролизатов белка или аминокислот. В первые 48 часов после поступления в «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России всем пациентам проводили измерение роста и массы тела, указанные показатели интерпретировали в соответствии со стандартами ВОЗ: (программы WHO Anthro, 2006 для детей младше 5 лет и WHO Anthroplus, 2009 для детей старше 5 лет). **Результаты:** нарушения питания выявлены у 37% детей с АД, из них острая недостаточность питания (НП) отмечалась у 28% детей (6%

острая умеренная, 22% острая легкая), хроническая недостаточность питания (задержка роста) у 6%, у 3% детей выявлена избыточная масса тела и ожирение.

Выводы. НП отмечалась во всех возрастных группах. В зависимости от возраста менялась структура нарушения питания: если у детей 1-го года жизни была выявлена только острая НП, то в возрастной группе от 1 года до 5 лет диагностирована хроническая НП, а в группе детей старше 5 лет наряду с НП выявлялась избыточная масса тела и ожирение. НП наиболее часто выявлялась у детей первого года жизни, что требует консультации диетолога и коррекции питания. Доминирующей во всех возрастных группах являлась острая легкая НП, что указывает на необходимость мониторинга нутритивного статуса и проведения оценки фактического питания у всех детей. Наличие умеренной НП у детей указывает на потребность в срочной и адекватной коррекции рациона, с целью предотвращения ее прогрессирования.

ВЫЯВЛЕНИЕ АССОЦИИРОВАННЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ: ИНСТРУМЕНТЫ СКРИНИНГА

Кратко Д.С.

Научно-исследовательский институт педиатрии Центральной клинической больницы РАН, Москва

Введение. По данным многочисленных научных исследований, у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) отмечается высокая распространенность (до 80%) гастроинтестинальных нарушений, значительно влияющих на проявления основного заболевания и качество жизни ребенка и его семьи. При этом указанные нарушения в большинстве случаев не диагностируются своевременно, что связано как с особенностями РАС (за выраженными поведенческими нарушениями родители могут не увидеть симптомы, затрудненный контакт с ребенком и др.), так и с отсутствием компетенций специалистов (недостаточная подготовка по коморбидным РАС заболеваниям ЖКТ, отсутствие навыков обследования детей с выраженными поведенческими расстройствами или нарушениями интеллектуального развития). Все вышесказанное приводит к тому, что соответствующее лечение не назначается. Таким образом, дети с РАС становятся уязвимой группой в отношении обеспечения помощи в рамках системы здравоохранения. Способствовать решению проблемы могли бы инструменты скрининга (опросники), направленные на выявление сопутствующих гастроинтестинальных нарушений. Однако в настоящий момент такие инструменты отсутствуют.

Цели и задачи. Провести анализ применяемых в мировой практике опросников, и определить возможные инструменты для использования в качестве скрининга гастроинтестинальных нарушений у детей с РАС. Методы. Проведен поиск по электронным базам данных медицинской научной информации (PUBMED, elibrary.ru), были использованы ключевые слова на английском «гастроинтестинальный педиатрический скрининг», «гастроинтестинальный опросник», «гастроинтестинальный педиатрический опросник». Дополнительный критерий отбора – доступность полного текста статьи, английский или русский язык. Получено 5937 результатов.

Результат. Среди релевантных запросу обнаружены ряд инструментов, направленных на выявление как отдельной нозологии: гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: 1) the Infant Gastroesophageal Reflux Questionnaire (L Kleinman – 2006); констипации – 2) Functional Constipation Questionnaire (N R Santucci 2018); СРК – 3) (A Patient Questionnaire to Identify Bowel Disease, N J Talley 1989). Комплексные инструменты: 4) The Infant Gastrointestinal Symptom (Questionnaire, Riley,

Trabulsi, Yao, Bevans, & DeRusso, 2015) для детей до года, эффективный инструмент в отношении пищевого поведения младенцев; 5) Опросник «7x7», (Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. 2016), отечественный инструмент, показавший свою эффективность в скрининге, например, синдрома раздраженного кишечника (СРК) или функциональной диспепсии; 3) GSRS (Svedlund J, Sjödin I, Dotevall G. 1989), широко используемый самоопросник, состоящий из 15 вопросов, используемый в частности для построения новых специализированных опросников, и 4) Questionnaire Rome (Rome IV – 2016, Rome III – 2006, Rome Foundation). Для поставленных целей скрининга целесообразнее использовать комплексные опросники. Среди них наибольшее число упоминаний и исследований по опросникам по Questionnaire Rome – 1054 результата с упоминаниями в статьях и 32 результата с отдельными исследованиями с использованием указанного опросника. Таким образом, подходящим инструментом является Questionnaire Rome находящийся в доступе, предназначенный для выявления функциональных гастроинтестинальных расстройств. Опросник имеет несколько версий: 1) для детей 0–3 лет, 2) детей 4+, заполняемых родителями и 3) для детей 10+ и взрослых, заполняемых пациентами самостоятельно.

Обсуждение. Использование международных опросников позволяет сравнивать и обсуждать результаты исследований, полученные в разных странах, разрабатывать совместные эффективные стратегии помощи. В то же время, международные инструменты требуют прохождения процедур адаптации и валидации, что сопряжено со значительными затратами ресурсов: материальных и нематериальных. Как альтернатива – разработка собственного инструмента, что позволяет избежать расходов, связанных с лицензией на использование международного опросника, но серьезно увеличивает время, необходимое для введения своего опросника в клиническую практику. В отношении инструмента Questionnaire Rome, принимая во внимание условия получения прав на его использование, можно сделать заключение: данный опросник возможно использовать, в дальнейшем следует подвергнуть процедурам валидации для использования при скрининге гастроинтестинальных расстройств у детей с РАС.

МЕТОД ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ (ОБЩЕЙ) ГИПОТЕРМИИ С ПОЗИЦИИ НЕЙРОПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ АСФИКСИИ

Котова Ж.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница имени Е.О. Мухина, Москва

Введение. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, одно из ведущих мест в структуре детской инвалидности занимают поражения центральной нервной системы, из них до 70–80% обусловлены гипоксически-ишемической энцефалопатией, возникающей вследствие перенесенной асфиксии при рождении. В связи с чем, необходим комплексный персонифицированный подход неонатологов, реаниматологов, педиатров, направленный на снижение летальности новорожденных, и «упреждающей профилактики нарушения роста и развития пациента», что обеспечит более высокий реабилитационный потенциал.

Цель исследования. Оценка влияния метода терапевтической (общей) гипотермии у новорожденных детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией на частоту младенческой смертности и развития инвалидности для оптимизации лечебно-профилактической помощи новорожденным и детям раннего возраста.

Материалы и методы. В работе представлены результаты обследования и катamnестического наблюдения за 51 ребенком в возрасте от



рождения до 1 года. Критерии включения новорожденных в исследование составляли следующие положения: гипоксически-ишемическая энцефалопатия тяжелой степени, гестационный возраст более 35 недель, масса тела при рождении более 1800 граммов, отсутствие врожденных пороков развития и ВЖК. Основную группу составили 24 ребенка, получившие общую гипотермию, группу сравнения – 27 детей, у которых данная методика не проводилась. За группами детей проводилось наблюдение, включающее в себя: сбор анамнеза, оценку соматического и неврологического статуса, анализ антропометрических данных, оценку нервно-психического и физического развития, наличие транзиторных состояний новорожденного, характер вскармливания ребенка, осмотр узких специалистов, лабораторную и инструментальную диагностику. Были рассчитаны факторы риска развития осложнений перинатальной асфиксии с ранжированием их по степени значимости. Статистическая обработка полученных результатов исследования была выполнена с применением программы Microsoft Excel 2007, при помощи пакетов прикладных программ StatSoft Statistica 12.0 и математических приемов.

Результаты. На основании полученных данных с помощью статистического и математического методов показатели летальности детей в основной группе составляли 4%, в группе сравнения 11%, частота развития инвалидности в основной группе составляла 29%, в группе сравнения 41%, из них развитие детского церебрального паралича у детей основной группы составляло 8,3%, в группе сравнения 11,1%, поражение зрительного анализатора в основной группе 4,2%, в группе сравнения 7,4%, поражение слуха в 4,2% и 7,4%, эпилепсия 8,3% и 11,1%, развитие неспецифического язвенного колита 4,2% и 3,7% соответственно. По данным атрибутивного риска показатель летальности у детей, не подвергшихся методики терапевтической гипотермии, составлял 7%, тяжелые поражения с инвалидизацией 12%.

Выводы. Терапевтическая (общая) гипотермия – метод, позволяющий снизить неблагоприятные последствия перинатальной асфиксии, оказывающий нейропротективный эффект, позволяя снизить частоту летальности в период новорожденности, развития тяжелых неврологических нарушений и обеспечить более высокий реабилитационный потенциал.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИЧЕСКИМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Ломака М.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России, Москва

Современный взгляд на диагностику и лечение детей с лимфатическими мальформациями головы и шеи Лимфатические мальформации (ЛМ) в подавляющем большинстве случаев проявляются при рождении или в первые месяцы жизни ребенка. Для диагностики ЛМ применяют ультразвуковое исследование (УЗИ) с эластографией, магнитно-резонансную (МРТ) и компьютерную томографию (КТ). Для лечения детей с ЛМ используют различные методы, эффективность которых не всегда доказана и остается дискуссионной.

Цель исследования: анализ эффективности методов диагностики и лечения детей с ЛМ головы и шеи.

Материалы и методы исследования: проведен анализ лечения 170 детей с ЛМ головы и шеи за период с 1999 по 2020 гг. Возраст пациентов от 1 месяца до 18 лет. Всем пациентам на этапе первичной диагностики проводилось УЗИ, в том числе с эластографией (для оценки упругости тканей) и доплеровским картированием (для дифференциальной диаг-

ности с другими сосудистыми образованиями), которое повторялось на 10–14-е сутки после операции и в динамике через 3, 6, 12 месяцев. МРТ выполнялась пациентам до и через 6 месяцев после лечения. При подозрении на наличие внутрикостной формы ЛМ или при вторичных деформациях костей лицевого скелета проводилась компьютерная томография с 3D-реконструкцией.

Результаты. 110 пациентов пролечено только хирургическим методом. Комбинация хирургического метода и ультразвуковой деструкции (УЗД) с аспирацией применялась 32 пациентам. В зависимости от распространенности и локализации ЛМ для излечения и достижения хорошего эстетического результата пациентам проводилось от 1 до 12 оперативных вмешательств, но в среднем – от 2 до 5. Склерозирование применялось как самостоятельный метод у 10 пациентов, и после ранее проведенного хирургического лечения – у 11 пациентов. В качестве склерозантов были использованы 70% р-ром этанола (в сочетании со спиртовым р-ром йода и без), Доксциклин. Комбинация хирургического лечения и лазерного воздействия проводилась у 7 пациентов. При воспалении ЛМ оперативное лечение проводилось после курса консервативной терапии и купирования симптомов воспаления. Пяти пациентам (2,9%) была наложена трахеостома, один из которых к выписке был деканулирован.

Выводы. Для диагностики ЛМ предпочтительнее использовать УЗИ с эластографией. Наиболее высоко точным методом диагностики считать МРТ. Хирургический метод остается ведущим в лечении. Использование УЗД в комбинации с хирургическим методом значительно повышает эффективность лечения детей с ЛМ и увеличивает период ремиссии. Склерозирование является методом выбора для лечения детей с макрокистозными ЛМ, может применяться как самостоятельный метод или для долечивания пациентов с макрокистозными ЛМ после ранее проведенного хирургического лечения.

ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Матвеева М.В., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск

Введение. Гормональные изменения могут быть ассоциированы с задержкой развития детей, в том числе с синдромом расстройств аутистического спектра.

Цель исследования: оценить выраженность изменения гормонального статуса детей с синдромом расстройства аутистического спектра.

Материалы и методы: было обследовано 15 детей в возрасте 3–5 лет (средний возраст $3,9 \pm 0,6$ лет), подписано информированное согласие на исследование официальными представителями детей (родители). У всех пациентов проведена консультация психоневролога и верифицирован диагноз расстройства аутистического спектра. Детям был проведен общеклинический осмотр, сбор анамнеза и жалоб; проведено лабораторное обследование – забор крови на тиреотропный гормон (ТТГ), тироксин (Т4 св.), антитела к тиреопероксидазе (АТКТПО), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), эстрадиол, тестостерон свободный, дегидроэпиандростенон сульфат (ДГЭА-с) и витамин 25 (ОН) D. Пациенты не принимали каких-либо лекарственных препаратов за 1 месяц до включения в исследование. Результаты: средний уровень ТТГ составил $4,2 [3,3–5,6]$ мЕД/л (норма $0,35–3,9$), Т4 св. $9,5 [7,3–10,6]$ пмоль/л (норма $12,60–21,00$), что соответствовало гипотиреозу. Половые гормоны были в референтных значениях, однако ДГЭА-с превышал норму и в среднем был $21,4$

[17,2–23,6] мкг /дл (норма 0,47–19,4). Уровень витамин 25 (ОН) D у всех детей был в недостатке или дефиците и в среднем составил 18,5 [16,5–24,4] нг/мл (норма 30–100).

Обсуждение: в результате пилотного обследования выявлен гипотиреоз, повышенный уровень ДГЭА-с и недостаток витамина 25 (ОН) D у детей с расстройством аутистического спектра. Полученные данные могут свидетельствовать о вкладе гормонального дисбаланса в развитие синдрома расстройств аутистического спектра и играть роль в коррекции заболевания, что требует дальнейшего изучения.

СИНДРОМ ЗАДНЕЙ ОБРАТИМОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Натрусова Н.В., Щедеркина И.О., Тиганова О.А., Петряйкина Е.Е., Кондратчик К.Л.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Актуальность. На первом месте в структуре онкологической заболеваемости у детей – гемобласты. Около 25% всех опухолей составляет острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ). На современном уровне развития медицины и здравоохранения эффективность лечения ОЛЛ достигает 80%, при этом увеличивается частота сопутствующих неврологических осложнений, требующих своевременной коррекции на разных этапах терапии.

Цель. Особенности клинических проявлений у детей синдрома задней обратимой энцефалопатии. Материал и методы. Дети в возрасте 5 и 10 лет с диагнозом «Острый лимфобластный лейкоз» проходившие лечение в отделении онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ». Методы – клинический, лабораторный (анализы крови, спинномозговой жидкости), радиологический (магнитно-резонансная томография), ультразвуковой (исследование внутренних органов и сосудов головы и шеи).

Результаты. У детей с разными иммунологическими вариантами острого лимфобластного лейкоза, получавших лечение по протоколу ALL-MB-2015 на этапе индукции ремиссии на 22 и 23 сутки соответственно развились пароксизмальные состояния в виде нарушения сознания, фокальных тонико-клонических судорог. Состояния не сопровождалась электролитными нарушениями в анализе крови. Пациенты находились на лечении в остром периоде в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). По данным МРТ головного мозга – признаки вазогенного отека. У одного ребенка отмечалось нарастание выявленных МР-изменений, что, вероятно, связано с плохо курируемой артериальной гипертензией. В динамике описываемые структурные изменения по данным нейровизуализации регрессировали. Состояния расценены как синдром задней обратимой энцефалопатии (PRES – posterior reversible encephalopathy syndrome). Оба ребенка получали леветирацетам внутривенно в остром периоде. У второго пациента через 6 месяцев повторился эпизод судорог. При контрольном обследовании вновь выявлены МР-признаки вазогенного отека. Проводился дифференциальный диагноз между повторным развитием синдрома задней обратимой энцефалопатии и экстрапонтинным миелолизом, с учетом выраженных электролитных нарушений (гипонатриемии).

Заключение. Стандарты терапии PRES у детей и подростков к настоящему времени не разработаны. Лечение преимущественно симптоматическое, включает в себя изменение режима химиотерапии, коррекцию электролитных нарушений и артериальной гипертензии, проведение противосудорожной, противоточной и нейротрофической терапии. Тяжесть состояния пациентов определяет место проведения терапии, часто в условиях ОРИТ, в остром периоде синдрома PRES. Проводимая

работа на базе Центра детской онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» позволит разработать алгоритм дифференциальной диагностики эпилептических судорожных приступов с состояниями, не требующими диагноза эпилепсии, определить критерии для назначения и оптимальные схем противосудорожной терапии у детей.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Панина О.А., Кучина А.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж

Актуальность. По данным статистики, заболеваемость среди детей ежегодно увеличивается на 4–5%. При этом наиболее уязвимой частью населения является именно младший школьный возраст. Это связано с тем, что детское население подвержено воздействию различных факторов окружающей среды, а незрелость системного и местного иммунитета в сочетании с интенсивным процессом роста способствуют тому, что дети более чувствительны к воздействию патогенных факторов. Цель исследования. Оценить влияние школьно-средовых факторов на здоровье младших школьников и определить направления профилактической работы среди этой возрастной группы.

Материалы исследования. Проводилось анкетирование 105 семей учащихся младших классов общеобразовательных школ г. Воронежа. Изучение проводили в двух направлениях: изучали медико-биологические и социально-гигиенические факторы.

Результаты. В результате проведенного исследования было выявлено, что отягощенность факторами риска (число факторов в пересчете на одного ребенка) достоверно увеличивается в процессе обучения с 5,8 до 8,2. Возраст большинства матерей (72%) к моменту рождения ребенка составлял 21–25 лет. Наличие хронических заболеваний у себя признали 34% женщин, профессиональные вредности до или во время беременности имели 6,2% матерей. У 57% женщин отмечался токсикоз первой половины беременности, у 28% – второй половины беременности. Родились доношенными 84,7% детей, недоношенными – 8,6%, асфиксию в родах или другие осложнения имели 2,6% новорожденных. Выявлено воздействие на здоровье учащихся начальной школы большого числа неблагоприятных факторов, обусловленных образом жизни. Жилищные условия в большинстве благополучные – 92% опрошенных живут в отдельных квартирах. Среднее количество комнат на семью составляет 2,2, при этом 46% школьников имеют собственную комнату. При оценке психологического климата в семье взаимоотношения как «благополучные» оценивают 86% опрошенных. Образовательный ценз родителей достаточно высок – 76% имеют высшее образование. Проведенное исследование показало значительную распространенность курения среди родителей младших школьников: один из родителей курит у 42% детей, в 5% случаев курят оба родителя. При этом 18% родителей признали, что курят в присутствии ребенка. Доказано, что пассивное курение не только вредит детскому здоровью, но и способствует приобщению к курению как с физиологической, так и с психологической точки зрения. Характер питания школьников в значительном числе случаев не соответствует гигиеническим требованиям. Ежедневно употребляют мясные продукты 72% учащихся, молоко и молочные продукты – 70%. Не имеют в ежедневном рационе фрукты и овощи 36% школьников, 55% опрошенных каждый день употребляют кондитерские изделия в избыточном количестве. Только у 48% школьников уровень необходимой двигательной активности соответствует гигиеническим требованиям. Около 42% детей занимаются физкультурой исключительно на школьных уроках. Ежедневно утреннюю гигиеническую гимнастику



выполняют лишь 32% учащихся. В динамике обучения снижается доля школьников, ведущих физически активный образ жизни – с 21% до 36%. Дефицит ночного сна имеют 55,4% детей. Распространенность внешкольных занятий свидетельствует о перегруженности учащихся различными видами деятельности. Ежедневно 45% учащихся 2 часа и более тратят на просмотр телепередач, а 18% из них – по 3–4 часа. Каждый второй ребенок проводит за монитором компьютера по 1 часу в день, 9% – от 2 до 4 часов. Кроме того, у 72% школьников время приготовления уроков превышает существующие нормативы, а 14% затрачивают на это 4–6 часов. Достаточная длительность прогулок на свежем воздухе в учебные дни отмечается только у 19% детей, что свидетельствует о нерациональной организации их досуга родителями. Выводы и практическая значимость. Образовательное учреждение на современном этапе развития общества должно стать важнейшим звеном в формировании и укреплении здоровья учащихся, развивая и внедряя в практику различные здоровьесберегающие программы. Педагогика должна стать здоровьесберегающей, направленной на приоритет здоровья среди других направлений воспитательной работы школы, включая последовательное формирование в школе здоровьесберегающего образовательного пространства с использованием здоровьесберегающих технологий.

СКРИНИНГ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Подчиненова Д.В., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Введение. Ожирение – хроническое, рецидивирующее заболевание, влияющее практически на все сферы жизни человека. В современном мире проблема детского ожирения стоит крайне остро. По последним оценкам Всемирной Организации Здравоохранения более 38 миллионов детей в возрасте до 5 лет и 340 миллионов детей и подростков в возрасте 5–19 лет страдают от избыточной массы тела. Обладая широким спектром влияния на физическое и ментальное здоровье населения, ожирение связано так же с экономическими и социальными потерями. Сложившаяся ситуация, рецидивирующее течение ожирения и стойкость его симптомов требует новых решений и поиска инструментов скрининга ожирения и метаболических нарушений в педиатрической практике на самых ранних этапах формирования.

Цель: разработать диагностические критерии абдоминального ожирения у детей и подростков по данным биоимпедансметрии.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 1914 детей и подростков в возрасте от 2 до 18 лет, с различной массой тела. В начале исследования проводилась оценка антропометрических данных (рост, вес, расчет индекса массы тела (ИМТ)), определение композиционного состава тела с оценкой площади висцерального жира. Для анализа состава тела использовался аппарат Inbody 770 (Корея). Исследование осуществлялось после опорожнения мочевого пузыря, в легкой одежде, с оголенными стопами и ладонями для обеспечения беспрепятственного прохождения тока. Противопоказания для использования данной методики: отсутствие одной из конечностей, наличие кардиостимулятора, металлических конструкций в организме, невозможность находиться вертикально в статическом состоянии в течение 1 минуты. Далее исследовались уровни глюкозы крови и инсулина. Для расчета инсулинорезистентности (ИР) использовали малую математическую модель гомеостаза глюкозы (Homeostasis Model Assessment – HOMA). Полученные данные были проанализированы с использованием ROC-анализа, для определения пороговых значений площади абдоминального жира, ассоциированных с повышенным риском развития ИР у детей и подростков.

Результаты: среди всех обследованных ($n=1914$), 955 человек имели нормальную массу тела (критерий SDS ИМТ <1), а 959 человек (критерий SDS ИМТ ≥ 1) имели избыточную массу или ожирение различной степени. Среди девочек 248 (56,5%) имели избыточную массу тела, 93 (21,2%) – ожирение I степени, 60 (13,7%) – ожирение II степени, 23 (5,2%) – ожирение III степени, 15 (3,4%) – ожирение IV степени. У 244 (46,9%) мальчиков был выявлен избыток массы тела, у 170 (32,7%) ожирение I степени, у 64 (12,3%) ожирение II степени, у 31 (6%) ожирение III степени, 11 (2,1%) имели морбидное ожирение. Среди обследованных групп были вычислены пороговые точки в значении площади висцерального жира, которые свидетельствуют о повышении риска развития ИР и соответственно метаболического синдрома (МС) и могут быть использованы в качестве диагностического критерия висцерального ожирения. Возрастная стратификация осуществлялась по классификации Всемирной Организации Здравоохранения (1997 г.). Согласно полученным данным в группе девочек в возрасте до 10 лет площадь висцерального жира 35,9 см² и более была ассоциирована с высоким риском наличия инсулинорезистентности (специфичность – 62%, чувствительность – 78%), в группе мальчиков аналогичный риск возникал при значениях площади абдоминального жира от 37,3 см² (специфичность – 68%, чувствительность – 76,1%). В группе от 10 лет и более у девочек риск инсулинорезистентности был высоким при площади висцерального жира 67,5 см² и более (специфичность – 72,3%, чувствительность – 75,6%), а в группе мальчиков-подростков от 45,9 см² (специфичность – 72,9%, чувствительность – 93,3%). При анализе исследуемых с использованием полученных нормативов среди детей и подростков с нормальной массой тела так же были выявлены случаи висцерального ожирения: в 2% случаев среди девочек до 10 лет и в 1,6% среди мальчиков в той же возрастной группе; в 6,7% у девочек-подростков и в 8,5% среди обследованных мальчиков в группе 10 лет и старше.

Выводы. Раннее выявление группы риска по развитию ИР позволяет проводить лечебно-профилактические мероприятия с большей эффективностью, что необходимо в связи со сложившейся эпидемиологической обстановкой. Все стадии исследования соответствуют законодательству РФ, международным этическим нормам, а также одобрены локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава РФ.

БОЛЕЕ 115 ЛЕТ СЛУЖЕНИЯ. МОРОЗОВСКАЯ БОЛЬНИЦА. ТВОРЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ НАСУЩНЫХ ПРОБЛЕМ В ПЕДИАТРИИ

*Петрайкина Е.Е., Анджељ А.Е., Валиева С.И., Витковская И.П.,
Куркин А.П., Карасева Е.А., Выхристюк О.Ф., Савенкова М.С.
Морозовская детская городская клиническая больница
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва*

Морозовская детская больница открылась в 1903 г. на пожертвование мецената В.Е. Морозова, чтобы «служить удовлетворению нужд бедных жителей Москвы». Рациональная организация работы, сестринский уход и грудное молоко позволили снизить летальность с 70 до 40%. За прошедшие более 115 лет Морозовская больница превратилась в один из крупнейших детских стационаров Москвы с уникальными в системе городского детского здравоохранения профилями медицинской помощи: гематология, гинекология, детская онкология, ревматология, трансплантация органов и тканей, в том числе, костного мозга, в которой работают 9 из 24 детских Главных внештатных специалистов ДЗМ, 13 детских Центров специализированной медицинской помощи. С начала работы сотрудниками был избран творческий подход к решению проблем педиатрии. С 50–60-х гг. XX в. построенная первоначально как инфекционная, больница превращает-

ся в многопрофильную. Были организованы первые в СССР отделения в условиях детского городского круглосуточного стационара: в 1953 г. офтальмологическое (65 лет в 2018 г.); в 1963 г. – онкологическое, в 1964 г. – эндокринологическое (55 лет в 2019 г.), в 1965 г. – гематологическое отделения, в 1967 г. – отделение для новорожденных детей с поражением нервной системы, в 1972 г. – отделение нейрохирургии и другие специализированные отделения. Если одним словом охарактеризовать спектр проблем педиатрии, которые были разрешены в стенах Морозовки, то наиболее подходящим будет «впервые». Морозовская больница – колыбель целого ряда школ отечественной педиатрии: педиатрической патологической анатомии (профессора Т. Е. Ивановская и А. Г. Талалаев), инфекционных болезней (академик АМН СССР Н. И. Нисевич и академик РАН В. Ф. Учайкин), онкологии и гематологии (академик АМН СССР Н. С. Кисляк и академик РАН А. Г. Румянцев), эндокринологии (профессора М. М. Бубнова, М. И. Мартынова и академик РАН В. А. Петеркова), неврологии (академик АМН СССР Л. О. Бадалян, профессор А. С. Петрухин), кардиологии (профессор Н. А. Белоконов), пульмонологии (профессор Н. А. Тюрин), педиатрии и неонатологии (академик АМН СССР М. Я. Студеникин и профессор Г. А. Самсыгина), офтальмологии (профессор Е. И. Ковалевский и член-корреспондент РАН Е. И. Сидоренко), оториноларингологии (член-корреспондент РАН М. Р. Богомильский) и другие знаменитые педиатры, сделавших ее научно-практическую школу знаменитой не только в России, но и за рубежом. В октябре 2017 г. открылся Новый инновационный современный корпус на 500 коек, площадью 72 квадратных метров, что больше суммарной площади всех корпусов, в которых оказывалась помощь в больнице ранее (рисунок 2), снова впервые в системе детского городского здравоохранения Москвы здесь открылись отделения экстренной кардиохирургии и интервенционной кардиологии, трансплантации органов и тканей, в том числе, трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, ревматологии, наследственных нарушений обмена веществ (орфанных заболеваний) и другие. Всего в больнице более 3000 единиц новейшего медицинского оборудования. В настоящее время Морозовская детская больница – самый крупный и многопрофильный московский детский городской скорпомощной круглосуточный стационар, в 2018 г. осуществивший 133753 из 421651 городских детских госпитализаций – каждая третья детская госпитализация в Москве, до 800 пациентов ежедневно. Сегодня Морозовская больница – один из ведущих центров мира по оказанию помощи детям и подросткам с рождения до 18 лет – 27 профилей оказания медицинской помощи, 35 отделений. Круглосуточно, без выходных, в стационаре работает междисциплинарная команда врачей – педиатры, неонатологи, неврологи, нейрохирург, анестезиологи-реаниматологи, детские хирурги, травматологи-ортопеды, офтальмологи, гематолог, детский онколог, детский эндокринолог, оториноларингологи, челюстно-лицевой хирург. Аналогичной одномоментной круглосуточной работы столь многопрофильной бригады врачей-специалистов нет ни в одном детском стационаре России и мира. Также круглосуточно работают врачи клинико-лабораторной, ультразвуковой, лучевой диагностики (круглосуточная возможность всех УЗИ, рентгеновских, КТ и МРТ-исследований) и врачи-эндоскописты, владеющие полным спектром профильных исследований. Все, что сделано и еще предстоит, преемственно продолжает славные традиции одного из старейших детских стационаров России с реализацией проверенного десятилетиями девиза, предложенного основателями общедоступной детской больницы с неизбирательной госпитализацией – Милосердие и профессионализм.

ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ МОСКВЫ: СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Петряйкина Е.Е., Новицкая А.И., Воронцова И.Г.

Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы, Москва

В Москве на 01.01.2018 г. – 12506468 человек, их них 2 052 657 детей и 295 880 подростков. Количество московских детей и подростков, страдающих эндокринной патологией, увеличилось с 73073 до 78261 человек, что на 7% больше по сравнению с предыдущим годом. Заболеваемость эндокринной патологией у пациентов до 18 лет возросла за последние 10 лет в 2 раза. При проведении диспансеризации детским эндокринологом у 19% осмотренных выявляется эндокринная патология, что демонстрирует факт – пациентов до 18 лет с эндокринными нарушениями больше, чем зарегистрированных и состоящих на диспансерном учете. В городском Центре детской эндокринологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» с 2009 г. работает круглосуточная консультативная помощь врачам и пациентам в рамках телефонной «Горячей линии» по проблемам детской эндокринологии. В 2018 г. на нее обратилось 1698 родителей пациентов, подростков, взрослых пациентов, страдающих эндокринными заболеваниями, а также врачи различных специальностей не только Москвы, но и других регионов России. Заболеваемость эндокринной патологией в Москве в 2018 г. составила 1276,3 у детей, 1919,4 – у подростков, сахарным диабетом (СД): дети – 24,1, подростки – 18,9. Страдают СД 2744 детей и 1046 подростков. Течение СД 1 типа (СД1) у детей и подростков характеризуется лабильными показателями гликемии, склонностью к гипогликемическим состояниям. Для предотвращения развития осложнений СД1, инвалидизации, смертности и сохранения трудоспособности внедряются инновационные технологии. Активно используется непрерывный мониторинг гликемии в течение нескольких суток – 2017 г. 675, 2018 г. – 702 пациентов. Интегрированным показателем компенсации СД является гликированный гемоглобин (HbA1c). По данным городского регистра СД в 2018 г. в среднем составил 7,4 у детей и 8,1 у подростков, что сопоставимо с показателями развитых стран мира, но требует дополнительных усилий по улучшению качества медицинской помощи, так как только каждый пятый пациент до 18 лет достигает целевых значений HbA1c до 7%, что особенно драматично, учитывая факт сохраняющейся наибольшей заболеваемости у детей до 7 лет. В 2018 г. использовали самый современный метод инсулинотерапии – дозаторы (помпы) 1159 из 3790 пациентов с СД1 до 18 лет – 30,6%. Помповая инсулинотерапия ассоциирована с улучшением гликемического контроля и удобства для пациентов. Уменьшение риска осложнений при помповой терапии также достигается тщательным самоконтролем. Динамика показателей детского ожирения в Москве демонстрирует отсутствие увеличения профильных пациентов на диспансерном учете, что требует продолжения проведения дальнейших превентивных мероприятий. Москва является регионом с подтвержденным легким йодным дефицитом, что также требует проведения профилактических мероприятий. В 2016 г. йодоурия у школьников разных округов соответствует норме – 138,4. Ранняя диагностика врожденного гипотиреоза (ВГ) и врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) стала возможной с внедрением массового неонатального скрининга. Скрининг позволяет поставить диагноз в первые недели жизни ребенка, своевременно назначить лечение и избежать тяжелых и необратимых осложнений. В 2018 г. выявлено 65 детей с ВГ и 15 с ВДКН. В Москве 335 детей и 48 подростков страдают ВГ; 177 детей и 20 подростков – ВДКН. Своевременная диагностика СТГ-дефицита у детей с задержкой физического развития, дает возможность вовремя выявить и назначить заместительную терапию гормоном роста (ГР), что позволяет обеспечить благоприятный прогноз, достичь прогнозируемого и социально-приемлемого роста,



избежать инвалидизации и улучшить качество жизни. Всего в Москве таких пациентов 382, в 2018 г. выявлено заболевание у 41 ребенка и 9 подростков. Перспективными направлениями развития детской эндокринологии в Москве является развитие пациентоориентированных технологий оказания медицинской помощи с использованием инновационных методов обследования и лечения в ежедневной клинической практике – *flash*-мониторинга гликемии в режиме реального времени, развитие помповой инсулинотерапии, пациентских школ в различных форматах – от мастер-классов до программы «равный – равному» с привлечением родителей пациентов с эндокринными заболеваниями, которым удалось достичь целевых показателей компенсации болезни для обучения семей впервые заболевших, подростков и др. Повышение эффективности, качества, доступности и пациентоориентированности многопрофильной медицинской помощи детям и подросткам – основная задача детского здравоохранения Москвы.

К 55-ЛЕТИЮ ОТДЕЛЕНИЯ ЭНДОКРИНОЛОГИИ МОРОЗОВСКОЙ БОЛЬНИЦЫ – ПЕРВОГО В СССР В ГОРОДСКОМ ДЕТСКОМ СТАЦИОНАРЕ

*Петрайкина Е.Е., Рыбкина Е.Е., Новицкая А.И., Воронцова И.Г.,
Выхристюк О.Ф., Петеркова В.А.*

*Морозовская детская городская клиническая больница
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва*

Эндокринологическое отделение ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» открыто в 1964 году ДЗМ совместно с заведующей кафедрой педиатрии лечебного факультета 2 МОЛГМИ имени Н.И. Пирогова профессором, д.м.н. М.М. Бубновой и профессором, д.м.н. М.И. Мартыновой – пионерами в медицинской помощи детям с эндокринологическими заболеваниями, руководившими эндокринологической секцией Московского общества детских врачей. Это первое отделение для детей с эндокринной патологией в СССР в городской больнице стало центром по подготовке детских эндокринологов, педиатров по эндокринной патологии. Приоритетное направление научно-практической работы – сахарный диабет 1 типа (СД1) у детей – наиболее часто встречающаяся ургентная и тяжелая патология. За 55 лет работы отделения помощь в лечении СД получили примерно 45 тысяч детей. Ежегодно в отделение поступают до 550 детей с впервые выявленным СД. Почти 80% детей при поступлении требуют неотложной терапии в связи с диабетическим кетоацидозом (ДКА). За все годы около 5000 детей поступили в состоянии ДКА. В 1963 г. издана первая в стране монография «Сахарный диабет у детей» (М.М. Бубнова, М.И. Мартынова). Разработаны уникальные методики лечения ДКА и ДК, не имеющие аналогов в мировой ургентной диабетологии. Круглосуточно консультируются больные в отделениях больницы, клиниках Москвы и РФ, в том числе, в рамках открытой в 2009 г. телефонной «Горячей линии» с круглосуточным дежурством детского эндокринолога – единственных в РФ. Проконсультировано более 5000 членов семей пациентов и коллег из всех регионов России. С 1998 года работает «Школа диабета», ранее с 1964 – «Школа матерей». Проведено более 3000 занятий, обучено более 10000 родителей впервые заболевших СД1 детей – первый курс профильного обучения для большинства пациентов в Москве. Проходят ординатуру, повышают квалификацию по эндокринологии врачи и ординаторы ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», различных педиатрических кафедр медицинских ВУЗов и НИИЦ МЗ РФ. С 1964 отделением заведовала к.м.н. В.Н. Янковская, с 1967 – к.м.н. Л.В. Демидова, с 1983 – врач высшей категории А.П. Андрейченко, с 1987 – врач высшей категории В.Ф. Пилюттик, с 2002 – д.м.н. Е.Е. Петрайкина, с 2011 г. по настоящее время – врач высшей категории И.Г. Рыбкина. В 2014 г. открыт городской Центр детской

эндокринологии ДЗМ, с 2015 г. – ординатура для подготовки по специальности «Детская эндокринология». В 2012 году авторская методика лечения ДКА Морозовской больницы удостоилась Премии Мэра Москвы по медицине, в 2014 г. была включена в Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями Российской ассоциации эндокринологов. Первые в РФ применена помповая инсулинотерапия, мониторинг гликемии в режиме реального времени у пациентов с манифестным СД и гиперинсулинизмом; непрерывный мониторинг гликемии в режиме реального времени при доклинической стадии СД. В сотрудничестве с иммуно-генетическими лабораториями НИИЦ эндокринологии МЗ РФ, Института генетики РАН и МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ внедрено молекулярно-генетическое обследование детей до 1 года с СД на выявление генетических мутаций как причины неонатального СД, многие описаны впервые в РФ и в мире, что позволило впервые в РФ осуществить перевод терапии СД с инвазивного режима многократных инъекций инсулина на терапию таблетированными препаратами сульфонилмочевины с достижением целевой компенсации, а у некоторых – стойкой ремиссии заболевания, независимо от его длительности. Улучшилось качество оказания медицинской помощи детям с эндокринными опухолями, нарушениями формирования пола, врожденными эндокринными аномалиями у новорожденных детей. В отделении было защищено 10 докторских и 35 кандидатских диссертаций, опубликовано более 1500 статей и тезисов в отечественной и международной научной прессе. В настоящее время методики обследования и лечения детей в Центре детской эндокринологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», благодаря поддержке Правительства и Департамента Здравоохранения города Москвы по оборудованию, лекарственному оснащению и сотрудничеству с ведущими отечественными и международными детскими клиниками и лабораториями, соответствуют мировым стандартам по всем направлениям, в рамках междисциплинарного персонализированного подхода – «один врач – один пациент» в режиме «одного окна». Это пациентоориентированная модель на современном этапе реализует принцип работы нашего стационара, сформулированный его создателями более 115 лет назад, в 1903 г. – «Милосердие и профессионализм».

БЕРЕЖЛИВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ: ВПЕРЕД В ПРОШЛОЕ ИЛИ НАЗАД В БУДУЩЕЕ?

Рыков М.Ю.

*Научно-исследовательский институт детской онкологии
и гематологии Федеральное государственное бюджетное
учреждение «Национальный медицинский исследовательский
центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва*

Обоснование. Организация медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в некоторых медицинских организациях характеризуется существенными дефектами: неравномерное распределение потока пациентов по кабинетам научно-консультативных отделений; длительное время ожидания пациентов на амбулаторном этапе; отсутствие системы маршрутизации пациентов; чрезмерная длительность госпитализации больного; низкий оборот койки и низкая достоверность статистических данных, в том числе катамнеза. Из этого следует, что эффективность работы медицинских организаций, следовательно, доступность и качество медицинской помощи, находятся на низком уровне.

Цель исследования. Повышение доступности и качества медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями.

Методы. Совместно с ГК «Росатом» в НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НИИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России реализован проект «Интеграция научно-консультативного, диагности-

ческого и стационарных отделений в единую систему маршрутизации пациентов в НИИ детской онкологии и гематологии».

Результаты. Время, затрачиваемое на обследования, сокращено до 3 дней, время ожидания начала лечения – до 1 дня, средней длительности госпитализации сокращена до 15 к\д, оборота детской онкологической койки увеличен до 27 чел. и разработана система навигации пациентов с учетом оптимизации маршрутов их перемещения внутри медицинской организации.

Заключение. Принципы научной организации труда впервые сформулированы в 60–70-х гг. XX в. в СССР и позднее заимствованы зарубежными специалистами при разработке различных систем управления, основанных на принципах «бережливого» производства: борьба с потерями; рационализация рабочего места и процесса; предотвращение ошибочных действий персонала и т.д. Применительно к медицинским организациям внедрение «бережливых» технологий подразумевает сокращение времени, которое пациенты проводят в очередях, и расстояний, которые они преодолевают внутри медицинской организации, рационализация действий медицинского персонала, повышение оборота онкологической койки и т.д., то есть меры, направленные на повышение доступности и качества медицинской помощи, создание пациентоориентированной среды. Таким образом, внедрение «бережливых технологий» направлено на приведение медицинских организаций в соответствие с ожиданиями пациентов, что, безусловно, чрезвычайно важно, но, вероятно, требовало реализации несколько десятилетий назад с постоянным совершенствованием описанных принципов в дальнейшем.

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Сибирская Е.В., Адамьян Л.В., Петрайкина Е.Е., Осипова Г.Т., Пивазян Л.Г.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии факультета дополнительного профессионального образования Московского государственного медико-стоматологического университета, Морозовская детская клиническая больница, Москва

Аномальное маточное кровотечение пубертатного периода на сегодняшний день по-прежнему остается одной из основных причин обращений девочек-подростков к детским гинекологам. В структуре общей гинекологической патологии аномальное маточное кровотечение пубертатного периода занимают одно из лидирующих мест и составляют до 50%. До настоящего времени решение вопроса об эффективности методов диагностики и лечения аномальных маточных кровотечений у подростков остается открытым.

Цель: показать эффективность дополнительных методов исследования в диагностике аномальных маточных кровотечений (АМКПП), обеспечивающие подход к терапии и профилактике рецидивов заболевания. **Материалы и методы.** Нами было обследовано 100 девочек с аномальным маточным кровотечением пубертатного периода. Основываясь на критериях, толщины эндометрия, размеры матки и яичников, полученные при выполнении УЗИ органов малого таза, уровень эстрадиола и ЛГ в сыворотке крови, определен тип аномальных кровотечений. Нужно отметить, что в публикациях российских исследователей имелись сведения о гиперэстрогенном и гипоестрогенном типе кровотечения. Однако полученные нами данные свидетельствуют о наличии референтных значений эстрадиола: наибольшей по численности была группа с гипоестрогенным типом (52%); в 35,4% случаев тип аномальных кровотечений расценен как гиперэстрогенный, в нормоэстрогенный 12,6% тип АМКПП. Учитывая выявленный у пациенток тип маточных кровотечений (гипоестрогенные, нормоэстрогенные,

гиперэстрогенные), следует признать, что дополнительные методы исследования (УЗИ органов малого таза, ректоабдоминальное исследование, а также гормональное исследование), позволяют с максимальной точностью выбрать с целью гемостаза дифференцированную терапию. В соответствии с международными клиническими рекомендациями по лечению АМКПП у девочек-подростков наиболее целесообразным и оправданным стало применение монофазных комбинированных низкодозированных эстроген-гестагенных препаратов с содержанием 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг левоноргестрела по схеме: ½ (15 мкг этинилэстрадиола + 75 мкг левоноргестрела) таблетки внутрь каждые 4 часа до полной остановки кровотечения с последующим снижением дозы на ½ таблетки в день (от дозы, на которой был достигнут гемостаз) до достижения дозы: 1 таблетка в сутки до 21 дня приема.

Обсуждение. В ходе проводимого исследования подтверждено соответствие клинических проявлений заболевания уровню эстрогенной насыщенности в каждом случае. Это, в свою очередь, не опровергает возможности предварительного разделения пациенток с данным заболеванием на группы с гипоестрогенным, нормоэстрогенным и гиперэстрогенным типом АМКПП по совокупности антропометрических данных, результатов УЗИ внутренних гениталий. Кроме того, в зависимости от полученных результатов, нами полностью оценена эффективность дифференцированного подхода к терапии данного заболевания. Применение гестагенов с целью гемостаза при АМКПП нами рекомендовалась пациенткам на амбулаторный этап лечения после достижения гемостаза с целью регуляции менструальной функции и профилактики рецидивов АМКПП. Прогестагены были рекомендованы пациенткам с ановуляторными маточными кровотечениями в сочетании с гиперплазией эндометрия, при меноррагиях с недостаточностью лютеиновой фазы цикла с 16-го по 25-й день менструального цикла и в случаях овуляторных АМКПП с 5-го по 25-й день менструального цикла. У пациенток с ановуляторными АМКПП прогестагены были рекомендованы для лечения во вторую фазу менструального цикла на фоне постоянного приема эстрогенов. В целом, можно констатировать, что современные методы диагностики и лечения АМКПП позволяют значительно сократить количество необоснованных, излишне агрессивных вмешательств при лечении АМКПП.

Adamyan L.V., Petraykina E. E., Sibirskaya E. V., Osipova G. T., Pivazyan L.G. Abnormal uterine bleeding during puberty in adolescent girls Ways of management, diagnosis and treatment Department of reproductive medicine and surgery FPDO MSMSU, Moscow, Russian Federation Morozovskaya children's city clinical hospital, Moscow, Russian Federation Moscow, Russia

АППЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕВОЧЕК

Сибирская Е.В., Адамьян Л.В., Петрайкина Е.Е., Поддубный И.В., Тарбя Н.О., Короткова С.А.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии факультета дополнительного профессионального образования Московского государственного медико-стоматологического университета, Российский университет дружбы народов, Москва, Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Аппендикулярно-генитальный синдром – состояние, при котором наблюдается сочетанное поражение червеобразного отростка и придатков матки при воспалительных процессах в брюшной полости и полости малого таза. Частота встречаемости аппендикулярно-генитального синдрома у девочек от 6% до 8% случаев в год.



Цель работы: определить частоту встречаемости аппендикулярно-генитального синдрома у девочек в зависимости от анатомической формы расположения отростка, а также морфологической формы острого аппендицита.

Объем и методы исследования: за период с 2015 по 2017 год на базе Морозовской детской городской клинической больницы нами было проведено обследование девочек, поступивших в стационар с абдоминальным синдромом и прооперированных по поводу острого аппендицита. Проводился анализ жалоб, данных объективного обследования, данных клинико-лабораторных исследований (общий анализ крови, биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной и полости малого таза). Всего за указанный период в приемное хирургическое отделение поступило 4568 ребенка с жалобами на боли в животе. Из них мальчиков – 36,9% (n = 1684), девочек – 63,1% (n=2884). Острая хирургическая патология (острый аппендицит) подтверждена интраоперационно и по данным гистологического исследования у 11,2% (n=325) девочек. Сочетанная аппендикулярно-генитальная патология по данным УЗИ органов брюшной полости и полости малого таза была выявлена у 8,9% (n=29) и подтверждена интраоперационно. По морфологическим формам патология червеобразного отростка разделилась следующим образом: катаральный аппендицит – 14,5%, (n=47) флегмонозный аппендицит – 49,8% (n=162), эмпиема червеобразного отростка – 16 (n=4,9%), гангренозный аппендицит – 5,2% (n=17) гангренозно-перфоративный аппендицит – 8,4% (n=27), вторичный аппендицит на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза 17,2% (n=56) случаев. Наиболее часто сочетание аппендицита с воспалительными изменениями придатков матки встретилось при гангренозном аппендиците 11,7% (n=2), гангренозно-перфоративном аппендиците 29,6% (n=8). Все осложненные формы острого аппендицита сочетались с аппендикулярно-генитальным синдромом. Наиболее часто аппендикулярно-генитальный синдром встречается при тазовом расположении червеобразного отростка 41,4% (n=12) случаев.

Выводы: данные исследования свидетельствуют о том, аппендикулярно-генитальный синдром встречается при гангренозной и гангренозно-перфоративной форме острого аппендицита, при осложненных формах аппендицита и расположении червеобразного отростка в малом тазу. APPENDICULAR-GENITAL SYNDROME L.V. Adamyan, I.E. Koltunov, E.V. Sibirskaia, I.V. Poddubny, N.O. Tarbaya, A.A. Oganisyan Department of reproductive medicine and surgery Faculty of additional vocational education Moscow State University of Medicine and Dentistry, The Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia The Morozov children's city clinical hospital, Moscow, Russia Summary: Dependence of the frequency of appendicular genital syndrome in girls from the anatomical form of the appendix, as well as the morphological form of acute appendicitis.

СТРУКТУРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ

Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Тарбая Н.О., Геворган А.П., Моксякова Е.Г.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии, Факультет дополнительного профессионального образования, Московский государственный медико-стоматологический университет; Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Проблема первичной дисменореи у девочек-подростков по-прежнему остается актуальной не только для детских гинекологов, но и врачей других специальностей. Первичная дисменорея предполагает отсутствие какой-либо органической патологии, как правило, появ-

ляется через 1–2 года после менархе со становлением овуляторных циклов. Боли обычно носят схваткообразный характер, но могут быть ноющими, дергающими, распирающими с иррадиацией в прямую кишку, область придатков, мочевого пузыря. При этом патологических изменений половых органов не выявляется. Частота дисменореи по данным различных исследований колеблется от 30% до 90%, у 10% данное состояние приводит к потере трудоспособности, нарушает социальную и повседневную активность. У девочек и девушек-подростков, страдающих первичной дисменореей, имеются особенности соматического здоровья. Соматический статус у них отличается отягощенным анамнезом и высоким уровнем заболеваемости, в том числе и инфекционной. Экстрагенитальная патология выявлена более чем у 50% пациенток. Несмотря на то, что в последние годы изучению проблеме первичной дисменореи у девочек-подростков уделяется большое значение, до сих пор отсутствует четкая схема ведения и лечения девочек с первичной дисменореей с сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Цель нашего исследования: усовершенствование тактики ведения и лечения первичной дисменореи у девочек с сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Материалы и методы. Наше исследование базировалось на обследовании 150 девочек, поступивших в гинекологическое отделение Морозовской детской городской клинической больницы с первичной дисменореей и сопутствующей экстрагенитальной патологией. Ретроспективно было обследовано 1000 историй болезней девочек с первичной дисменореей для определения структуры экстрагенитальной патологии. Из них 250 девочек с первичной дисменореей были осложнены экстрагенитальной патологией, учитывая данные проведенного нами ретроспективного анализа. Анализ ретроспективных данных показал, что структура экстрагенитальной патологии представлена заболеваниями соединительной ткани 31,5% (n=79), заболеваниями ЯИОП-органов 20,3% (n=51), инфекционные заболевания 18,2% (n=45), нарушениями зрения 17% (n=43), неврозами 13% (n=32). По результатам проведенного нами проспективного обследования выявлена следующая структура экстрагенитальной патологии: заболевания соединительной ткани 25,3% (n=38), заболевания ЯИОП-органов 22,4% (n=34), инфекционные заболевания 21,3% (n=32), нарушения зрения 19% (n=28), неврозы 12% (n=18).

Выводы. Результаты нашего исследования показали высокую отягощенность экстрагенитального фона у девочек с первичной дисменореей. Анализируя данные ретроспективного и проспективного исследований можно сделать вывод о том, что структура сопутствующей экстрагенитальной патологии одинакова и лидирующие позиции среди них занимают заболевания соединительной ткани, заболевания ЯИОП-органов и инфекционные заболевания.

L.V. Adamyan, E.V. Sibirskaia, N.O. Tarbaya, E.G. Moksyakova. The structure of extragenital pathology in adolescent girls with primary dysmenorrhea. Department of Reproductive Medicine and Surgery of Post-Graduate Education Faculty of the state educational institution of higher professional education "Moscow State University of Dentistry" Morozovsky children clinical hospital Moscow, Russia The article presents data on primary dysmenorrhea in girls with concomitant extragenital pathology. Despite the large variety of drugs, tactics of management and treatment of primary dysmenorrhea in girls with concomitant extragenital pathology is still not effective enough. These data will allow subsequent development of preventive and therapeutic measures contributing to the rapid recovery of adolescent girls and improving the quality of life in the first days of menstruation.

ТРОМБОФИЛИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН. ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ

Сибирская Е.В., Шелковникова Т.В., Кацадзе Ю.Л., Шишлянникова Н.Ю.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия; Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва; Кемеровская областная офтальмологическая клиническая больница, Кемерово;

Цель. Изучение частоты встречаемости опасных форм ПВХРД в сочетании с острой сосудистой патологией сетчатки и изменения в системе гемостаза у беременных женщин.

Материалы и методы. 50 беременных женщин (100 глаз) со сроком беременности от 8–38 недель, возрасте – 22±37 лет. Выявление волчаночного антикоагулянта (ВА) проводилось с использованием ядовитых тестов, а также подтверждающими тестами с плазмой донора и корригирующими фосфолипидами. Офтальмологические исследования. Стандартные и специальные методы исследования: осмотр глазного дна с линзой Гольдмана, ФАГ глазного дна, ОСТ. Результаты исследования и обсуждения. Опасные формы периферических витреохориоретинальных дистрофий (ПВХРД) выявлены у 27 чел. У 4 беременных с «решетчатой дистрофией» и у одной беременной женщины ПВХРД типа «след улитки» в плазме крови выявлен ВА -1,3±1,4. У всех этих женщин было невынашивание беременности. У 14 пациенток с комбинированными формами ПВХРД и с дефектами сетчатки центральная серозная хориоретинопатия встречалась у 3 чел. (ВА в титре 1,3), у этих же беременных – ОПГ (отеки, протеинурия, гипертония). У женщины 37 лет с ВА 1,4 в послеродовом периоде наблюдался тромбоз глубоких вен нижних конечностей, сепсис, тромбоз нижневисочной вены и частичная непроходимость нижневисочной ветви ЦАС. У женщины 32 лет было кровотечение в родах, сопровождалось непроходимостью центральной артерии сетчатки (ЦАС), в послеродовом периоде атрофия зрительного нерва (титр ВА 1,4). У женщины 26 лет наблюдали кровотечение в родах и зоны Амальрика – зоны ишемии на периферии глазного дна (наличие ВА в сочетании с очень низким протеином С). У 1 женщины с предлежанием плаценты, кровотечение в родах, на глазном дне картина претромбоза верхневисочной и нижневисочной ветви центральной вены сетчатки, титр ВА 1,3±1,4. У беременных женщин с ПВХРД имеется тромбофилия. ВА является причиной кровотечений в родах, невынашивания беременности, более чем 44,4% встречается у беременных с опасными формами ПВХРД.

Заключение. Таким образом, считаем необходимым офтальмологический мониторинг у беременных женщин с исследованием системы гемостаза на тромбофилию и ВА. Офтальмологическое наблюдение может и должно служить прямым контролем динамики патологического процесса и контроля адекватности дезагрегантной и противовоспалительной терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА МАЗКОВ ИЗ ЗЕВА И НОСА У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Скельян Е.Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Городская детская поликлиника № 3, Минск

Наиболее частой причиной назначения антибактериальных лекарственных средств (далее АБ) на амбулаторном этапе являются заболевания верхних дыхательных путей (далее ВДП), занимающие ведущее место в структуре общей заболеваемости детей.

Цель исследования. Проанализировать спектр и чувствительность микроорганизмов к АБ у детей с заболеваниями ВДП.

Материалы и методы. За 2017 г. проведен анализ бактериологического обследования 912 детей с различными внебольничными заболеваниями ВДП, по результатам мазков из зева и носа на флору и чувствительность к АБ, на базе детской поликлиники г. Минска № 3.

Результаты. У 578 пациентов (63,4%) из 912 были выделены различные микроорганизмы (степень колонизации 104 и выше) в том числе грам+ (n=438, 83%) и грам- (n=90). Из грам+: доминировали *St. aureus* (n=350, 80% от грам+ возбудителей); в т.ч. MRSA (n=32, 9,1% среди *St. aureus*); *St. pneumoniae* (n=76, 17,3%); *Streptococcus pyogenes* (n=12, 2,7%). *St. aureus* был чувствителен к оксациллину (90,9%), клиндамицину (97,9%), эритромицину (96,3%), левофлоксацину (99,5%), цефокситину (90,9%), гентамицину (99,7%), к пенициллину (21,9%). MRSA был чувствителен к клиндамицину (100%), левофлоксацину (93,8%), гентамицину (93,8%). *St. pneumoniae* в 100% был чувствителен к линезолиду, ванкомицину, пенициллину (87,5%) цефуросиму (91%), левофлоксацину (97,3%), доксициклину (95,5%), хлорамфениколу (73,8%), ко-тримоксазолу (60%), клиндамицину (45,9%), азитромицину (41,2%), эритромицину (17,6%). *St. pyogenes* был чувствителен в 100% случаев к амоксициллину, клиндамицину, левофлоксацину, цефуросиму, доксициклину. Среди грам-микробиоты преобладали: *H. influenzae* (n=30, 33,3%), *Kl. pneumoniae* (n=20, 22,2% случаев), *Moraxella catarrhalis* (n=14, 15,6% от грам-возбудителей), *Pseudomonas aeruginosa* (n=8, 8,9%), другие возбудители (n=18, 20%). *H. influenzae* была чувствительна к цефтриаксону (92,9%), цефоперазону (92,9%), офлоксацину (93,4%), хлорамфениколу (92,9%), к амоксициллину/клавуланату (76,7%), ко-тримоксазолу (63,6%), тетрациклину (53,4%). *Kl. pneumoniae* была чувствительна в 100% случаях: к ципрофлоксацину, гентамицину, амикацину, цефтазидину, цефотаксиму и имипинему; левофлоксацину (95%), моксифлоксацину (90%), цефтриаксону (90%). *Moraxella catarrhalis* была чувствительна к ципрофлоксацину (100%), тетрациклину (93%), цефтриаксону (93%), амоксициллину/клавуланату (93%), азитромицину (85,7%).

Выводы. Успешность проводимой антибиотикотерапии, зависит от целого ряда факторов, важнейшим из которых является мониторинг за региональной чувствительностью микроорганизмов к АБ.

ИНВАЗИВНЫЕ МИКОЗЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА- НЕОНАТОЛОГА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Сытова Е.А., Панина О.С., Черненко Ю.В.

Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, Саратов

Несмотря на успешное использование антимикотических препаратов, проблема микозов в неонатологии остается по-прежнему актуальной. Среди них особый интерес представляют инвазивные микозы (ИМ), частота которых за последние годы значительно возросла. Наиболее частыми возбудителями ИМ являются *Candida spp.* Основные предикторы развития инвазивных микозов у новорожденных детей включают в себя малый гестационный возраст и низкую массу тела при рождении.

Цель исследования: анализ особенностей диагностики и лечения резистентных инвазивных микозов у новорожденных детей.

Материалы и методы. В работе представлен анализ истории развития новорожденного с установленным диагнозом инвазивный микоз. Пациент В. рожден от 3 беременности, 3 преждевременных родов, путем операции Кесарево сечение. Гестационный возраст 26 недель, масса тела при рождении 780,0 г, рост 31 см. Оценка по шкале Апгар 3–4 балла. В связи с тяжестью состояния, обусловленной вентиляционно-перфузионными нарушениями, неврологической симптоматикой



и выраженной морфофункциональной незрелостью, ввиду глубокой недозрелости, ребенок пребывал в ОРПН. В возрасте 1 месяца 2 суток при проведении анализа мочи на флору был обнаружен рост дрожжеподобных грибов рода *Candida albicans* $1,0 \cdot 10^4$ м/кл в 1 мл. При этом анализ крови на флору роста не дал. При проведении УЗИ почек обнаружено расширение лоханок за счет формирования грибкового эмбола с обеих сторон. Выставлен диагноз: инвазивный кандидоз. Начато эмпирическое лечение Флюконазолом. Однако эффект от проводимой терапии отсутствовал – рост эмболов продолжался. После получения результатов чувствительности к антимикотикам, начата этиотропная терапия Амфотерицином В. Положительная динамика не наблюдалась. Амфотерицин В заменен на Микамин. На фоне лечения, размеры правой почки возвращаются к норме, однако расширение ЧЛС и диффузные изменения почек сохраняются с обеих сторон. Слева обнаруживаются плотные эмболы (предположительно кальцинаты). При дальнейшей оценке динамики состояния пациента, обнаружено уменьшение размера эмбола справа при одновременном увеличении размеров слева. После кратковременной стабилизации состояния, эмбол справа вновь увеличивается в размерах, а в последствии и слева, несмотря на проводимую антимикотическую терапию с учетом чувствительности возбудителя.

Результаты и обсуждения: в большинстве случаев грибковой инфекции у пациентов, стандартные антимикотические препараты оказываются эффективными. Однако инвазивные кандидозы представляют собой самый тяжелый вариант течения, что обусловлено не только резистентностью к антимикотикам, имеющимся в стационаре, но и неспецифической клинической картиной, высокой частотой ложноотрицательных культур. В случае данного пациента, несмотря на тяжесть течения заболевания, а также несмотря на отсутствие эффекта от препарата, к которому была выявлена чувствительность у *Candida albicans*, все-таки удалось подобрать эффективное лекарственное средство. На фоне положительной динамики и стабилизации состояния, ребенок был переведен в отделение патологии новорожденных, а затем выписан. В настоящее время ведется дальнейшее наблюдение с участием врачей нефрологов, урологов и педиатров.

СОПОСТАВЛЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Титова О.Н.

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии», Москва

Отсутствие единых алгоритмов и способов оценки дефицита массы тела у детей с детским церебральным параличом с учетом тяжести заболевания существенно затрудняет анализ полученных результатов, а также подбор эффективной диетотерапии.

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости дефицита массы тела у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) в соответствии с критериями ВОЗ, центильными таблицами и данными биоимпедансометрии.

Пациенты, методы. В отделении педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» обследован 51 ребенок с подтвержденным диагнозом детский церебральный паралич: мальчиков – 34 (66,67%), девочек – 17 (33,33%), в возрасте от 2 до 18 лет. В зависимости от класса моторной активности по шкале GMFCS дети были разделены на 5 групп: I группа – 3 ребенка (5, 88%) I класс GMFCS; II группа – 4 ребенка (7, 84%) II класс GMFCS; III группа – 8 детей (15, 69%) III класс GMFCS; IV группа – 15 детей (29,

41%) IV класс GMFCS; V группа – 21 ребенок (41, 18%) V класс GMFCS. Всем детям были проведены: антропометрия, исследование состава тела методом биоимпедансометрии. Оценка антропометрических данных проводилась с использованием критериев ВОЗ и центильных таблиц, разработанных для пациентов с ДЦП, учитывающих систему оценки глобальных моторных функций (Gross Motor Function Classification System, GMFCS). Z-score ИМТ определялся путем конвертирования перцентильных показателей.

Результаты. Результаты исследований показали, что в соответствии с критериями ВОЗ дефицит массы тела различной степени выявлен у 44 (86,7%) детей. В I группе у 3 (100%), во II – у 4 (100%), в III – у 5 (62,5%), в IV – у 12 (80%) и в V – у 20 (95,24%) детей. Тяжелый дефицит веса был выявлен в I группе – у 2 (66,67%) детей, во II – у 3 (75%) детей, в III – 3 (37,5%) детей, в IV – у 9 (60%) детей, в V – у 20 (95,25%) детей. При использовании специализированных центильных таблиц дефицит массы тела различной степени тяжести отмечен у 39 (76,47%) детей. В I группе у 3 (100%); во II – у 4 (100%); в III – у 4 (50%); в IV – у 10 (66,67%) и в V у 18 (86,71%) детей. Тяжелый дефицит веса был выявлен в I группе у 1 (33,33%) ребенка, во II – у 2 (50%) детей, III – 1 (12,5%) ребенка, в IV – у 5 (33,33%) детей, в V у 12 (57,15%) детей. Методом биоимпедансометрии дефицит массы тела различной степени выявлен у 31 (60,78%) ребенка. В I группе у 2 (66,67%) детей, во II – у 1 (25%) ребенка II, в III – у 3 (37,5%) детей, в IV – у 7 (46,67%) детей, в V – у 18 (85,71%) детей. Тяжелый дефицит не был отмечен ни у одного ребенка в I, II и III группах; в IV и V группах определялся у 3 (20%) и 10 (47,61%) детей соответственно. У пациентов с легкими формами моторных нарушений (I-III класс GMFCS) по данным биоимпедансометрии дефицит тощей массы выявлен у 2 (13,33%) детей, протеинов у 2 (13,33%) детей, минеральных веществ у 9 (60%) детей, жировой массы у 11 (73,33%) детей, мышечно-скелетной массы у 4 (26,67%) детей, общей жидкости у 4 (26,67%) детей, активной клеточной массы у 3 (20%) детей. В группе пациентов с тяжелыми формами моторных нарушений (IV-V класс GMFCS) дефицит тощей массы выявлен у 23 (63,89%) детей, протеинов у 21 (58,33%) детей, минеральных веществ у 24 (66,67%) детей, жировой массы у 29 (80,55%) детей, мышечно-скелетной массы у 22 (61,11%) детей, общей жидкости у 64 (66,67%) детей, активной клеточной массы у 25 (69,44%) детей.

Заключение. Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать вывод, что применение указанных методов оценки сопоставимы лишь у больных с легкими формами моторных нарушений (I-III класс GMFCS). Диагностика дефицита массы тела у пациентов с тяжелыми формами моторных нарушений (IV-V класс GMFCS) с использованием критериев ВОЗ приводит к значительному увеличению частоты встречаемости тяжелого дефицита массы тела. Применение специализированных центильных таблиц, разработанных для пациентов с ДЦП, учитывающих систему оценки глобальных моторных функций (GMFCS), позволяет проводить более дифференцированный анализ антропометрических данных, что сопоставимо с результатами биоимпедансометрии. На основании анализа данных биоимпедансометрии дефицит основных компонентов состава тела более выражен у пациентов с тяжелыми формами моторных нарушений, в частности дефицит тощей массы, протеинов, мышечно-скелетной массы, общей жидкости и активной клеточной массы.

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ. ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ОЦЕНКИ. СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ. НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА

Туркин А.О.

Благотворительный фонд «Дети-бабочки», Санкт-Петербург

Актуальность: буллезный эпидермолиз является генодерматозом. Его особенностью является вовлечение в патологический процесс многих органов и систем, то есть процесс не ограничивается поражением кожи и слизистых. Меняется основной обмен, начинают преобладать катаболические процессы, над пластическими, что приводит к белково-энергетической недостаточности, снижению защитных сил организма, снижению компенсаторных возможностей, задержки физического и моторного развития, итогом будет ухудшение качества и продолжительности жизни, удорожание ведение такого пациента. Исходя из этого, требуется правильная оценка нутритивных потребностей ребенка с буллезным эпидермолизом, для своевременной профилактики и коррекции сложившегося дефицита питания.

Цель и задача: оценка нутритивного статуса, выявление характерных для буллезного эпидермолиза особенностей нутритивного статуса, степень их выраженности, дефицит макро- и микронутриентов.

Материалы и методы выполнения работы: проведен ретроспективный анализ карт стационарного пациента, 50 детей, находившихся на плановой госпитализации в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей». В ходе анализа выявлено, недостаточность питания легкая 36% (18 детей), средняя 38% (19 детей), тяжелая 16% (8 детей), без дефицита 10% (5 детей). Снижение общего белка: 24% (12 детей), но по уровню альбумина снижение выявлено у 72% (36 детей). Количество лимфоцитов в пределах нормы. Снижение трансферрина у 14% (7 детей). Выявлен дефицит витамина D у 88% (44 ребенка). Отставание в костном возрасте у 66% (33 ребенка). Дефицит железа выявлен у 74% (37 детей).

Выводы Дети с буллезным эпидермолизом подвержены дефициту веса из-за катаболической направленности основного обмена веществ, для которого характерно большое потребление и потеря альбумина (теряется через раневую поверхность и экссудат). Вместе с альбумином теряется железо – через кровоточащие раны, пузыри с геморрагическим содержимым. Анемия у пациентов с буллезным эпидермолизом трудно поддается лечению, из-за дефицита альбумина, который участвует в транспорте железа и его запасании. Дефицит витамина D развивается из-за недостаточного пребывания детей на улице, а если они выходят, то и в летний период у детей с тяжелыми формами поверхность кожи прикрыта повязками, и меньше образуется витамина D. Его дефицит приводит к замедлению оксификации, формированию ядер окостенения, а следовательно рост и физическое развитие. Таким образом, следует с раннего возраста заниматься профилактикой выявленных дефицитов микро и макро нутриентов. Предлагается следующий комплексный подход: для профилактики дефицита витамина D с первого месяца жизни и постоянно (без перерывов на летний период) профилактическая доза витамина D. В рационе ребенка с буллезным эпидермолизом белок должен составлять 3 мг/кг, преимущественно представлен белками животного происхождения, легкоусвояемые формы продукты. Общий калораж должен составлять от 115–150% от возрастной нормы. Такие показатели рациона трудно достичь без применения лечебного питания (энтеральные смеси), которые добавлять в рацион следует уже с первого года жизни. Для профилактики железодефицита с первого месяца жизни прием препарата железа в профилактической дозе на постоянной основе, естественно под лабораторным контролем. Такой комплексный подход позволит предупредить развитие недостаточности питания, а значит, повысит

компенсаторные возможности организма, улучшит качество и продолжительность жизни, позволит сократить расходы на перевозочный материал. Такая работа должна осуществляться совместной работой диетолога и педиатра.

ДОКЛИНИЧЕСКИЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.

Филиппова Т.А., Самойлова Ю.Г., Кошмелева М.В., Олейник О.А., Горбатенко Е.В.

Сибирский государственный медицинский университет, Детская больница № 1, Томск

Сахарный диабет 1 типа является наиболее распространенным вариантом диабета в детском и подростковом возрасте, относится к аутоиммунным заболеваниям и в определенной степени обусловлен генетическими и экологическими влияниями. Существует стадийность в развитии сахарного диабета: I. Генетическая предрасположенность. II. Начало аутоиммунных процессов с развитием инсулита. III. Скрытые нарушения секреции инсулина. IV. Нарушение толерантности к глюкозе. V. Клиническая манифестация на фоне гибели 90% β-клеток с сохраняющейся остаточной секрецией. VI. Полная деструкция β-клеток. I–III стадии – доклинические – протекают с аутовоспалительным процессом в островковых клетках поджелудочной железы. Могут продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет, предшествуя клинической манифестации. Определение аутоантител к островковым клеткам у детей с пограничной гипергликемией натощак помогает выявить доклинический период сахарного диабета 1 типа. Нами наблюдался случай гипергликемии, не реализовавшейся в стадию клинической манифестации сахарного диабета 1 типа. Мальчик 17 лет впервые обратился на амбулаторный прием к эндокринологу с повышенным уровнем сахара крови, с зудом кожных покровов. При обследовании была выявлена гипергликемия натощак 6,0–6,9 ммоль/л, при проведении стандартного теста толерантности к глюкозе (СТТГ) из расчета 1,75 г/кг массы тела были получены результаты: гликемия натощак 4,9 ммоль/л, через 30 минут после нагрузки 9,2 ммоль/л, через 60 минут 10,8 ммоль/л, через 120 минут 7,3 ммоль/л. При этом другие лабораторные показатели были следующими: гликированный гемоглобин (HbA1C) составлял 6,8%, C-пептид 300 пмоль/л (при норме 298–2350 пмоль/л), инсулин 6,4 мкЕд/мл (при норме 2,7–10,4 мкЕд/мл).

Выставлен диагноз: Нарушение гликемии натощак. Рекомендована диетотерапия, контроль уровня гликемии, гликированного гемоглобина и повторное проведение СТТГ через 6 мес. При повторном обследовании ребенка через 9 мес. были получены следующие данные: HbA1C 6,3%, гликемия натощак 7,3 ммоль/л, через 60 минут 12,6 ммоль/л, через 120 минут 9,9 ммоль/л. При проведении СТТГ кроме определения глюкозы крови, определялись также инсулин и C-пептид. Натощак инсулин 6,8 мкЕд/мл (при норме 2,7–10,4 мкЕд/мл), через 60 минут 19,3 мкЕд/мл, через 120 минут 12,8 мкЕд/мл. C-пептид натощак 1,16 нг/мл (при норме 1,1–4,4 нг/мл), через 60 минут 2,52 нг/мл, через 120 минут 2,45 нг/мл. Дополнительно было проведено иммунологическое обследование с определением аутоантител к островковым клеткам (ICA), аутоантител к глутаматдекарбоксилазе (GADA), аутоантител к тирозинфосфатазе (IA2A), аутоантител к инсулину (IAA) и аутоантител к транспортеру цинка (ZnT8A). Положительными оказались ICA, IA2A, ZnT8A. Таким образом, выявление аутоантител в наблюдаемом нами случае без признаков клинической манифестации заболевания указывает на доклинический период сахарного диабета 1 типа и необходимость проведения профилактических мероприятий, направленных на торможение развития болезни и предупреждение ее внезапной манифестации.



КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СМА II ТИПА У ДЕТЕЙ

Черневский Д.К., Карпович Е.И.

*Приволжский исследовательский медицинский университет,
Нижний Новгород*

Введение. Актуальность изучения спинальных мышечных атрофий (СМА) обусловлена внедрением генной терапии данных патологий, что требует оптимизации их ранней диагностики, оценки течения и ответа на патогенетическую терапию. СМА – один из лидеров по встречаемости среди орфанных заболеваний. Мутация в гене SMN1 приводит к дефициту белка выживаемости мотонейронов, прогрессирующей дегенерации клеток передних рогов спинного мозга, ухудшению двигательных функций, инвалидизирующим осложнениям и летальному исходу. Наиболее распространенным вариантом СМА является болезнь Дубовица или СМА II типа. Ее дебют приходится на возраст от 6 до 18 месяцев. Двигательные расстройства выражены не так ярко, как при СМА I типа и прогрессируют медленнее, что затрудняет своевременную диагностику и замедляет начало патогенетической терапии. Идея Оптимизация ранней клинической диагностики СМА II типа у детей раннего возраста, протекающей под маской синдрома вялого ребенка. Цель. Определить основные клинические симптомы СМА II типа по данным анализа наиболее важных фенотипических признаков заболевания. Материалы и методы. Проведен анализ клинических симптомов у 6 детей с СМА II типа в возрасте 1–4 лет на протяжении 2 лет. У всех детей диагноз был подтвержден генетически: выявлена гомозиготная делеция 7–8 экзонов гена SMN1 и наличие 3 копий гена SMN2. Исследовались анамнез заболевания, проведен объективный неврологический осмотр, лабораторно-инструментальные обследования.

Результаты. Анализ акушерского анамнеза выявил отягощение (угроза прерывания беременности) у 3 пациентов. Наследственность была отягощена у 1 ребенка, отец которого страдал неуточненной СМА, а дядя по линии отца муковисцидозом. Заболевание манифестировало у 5 детей в возрасте 1 год ± 2 месяца, а у девочки с отягощенной наследственностью – в 2 мес. Моторное развитие до заболевания было нормальным у 5 детей, у 1 – с отставанием. Первыми симптомами у 5 детей были слабость в ногах, утрата возможности стоять и ходить самостоятельно, тремор рук, у 1 с рождения отмечалась задержка моторных навыков. Неврологический осмотр не выявил патологии черепных нервов у всех детей. Вялый тетрапарез отмечен у 1 ребенка, нижний вялый парапарез с незначительным снижением силы в руках – у 4, нижний вялый парапарез с сохраненной силой в руках у одного. Сухожильные рефлексы с ног отсутствовали у всех 6 детей, с рук отсутствовали у 1 ребенка, были снижены у 4, были оживлены у одного. Признаков патологии ЦНС не выявлено ни у одного пациента. Среди прочих симптомов: кифоз грудного отдела позвоночника – 2, плоско-вальгусные стопы – у 6 больных. У всех детей в дебюте заболевания отмечался мелкокорзинчатый тремор рук. Креатинфосфокиназа была в норме у 5 детей, повышена в 2 раза у одного. Таким образом, клинический анализ группы детей с СМА II типа позволил выделить ряд общих фенотипических признаков: начало заболевания во II полугодии со слабости в нижних конечностях и отсутствия приобретения моторных навыков. Ведущими клиническими симптомами были нижний вялый парапарез, отсутствие сухожильных рефлексов с ног. У всех детей в дебюте заболевания фиксировался тремор рук. Были характерны плоско-вальгусные стопы. Патология со стороны ЦНС не выявлялась. Обсуждение. Заболеваемость СМА среди новорожденных составляет приблизительно 1/8000 [Ettinger, 2019]. По встречаемости СМА занимает II место среди орфанных болезней, уступая только входящему в неонатальный скрининг муковисцидозу [Kraszewski, 2018]. СМА II типа лидирует среди прочих форм (45%) [Шаймурзин, 2019]. Симптомы обычно проявляются в возрасте 7–18 мес. Большинство детей к 2–3 годам прикованы к инвалидной коляске. Смерть часто наступает

от дыхательных осложнений [Селиверстов, 2015]. В последние несколько лет успехи в терапии этого заболевания позволили расширить программы неонатального скрининга в ряде стран, однако в РФ скрининг новорожденных для СМА ограничен. Этот факт требует клинической настороженности для выявления пациентов с СМА, особенно II типа. Проведенное исследование подтверждает необходимость генетического обследования на СМА II типа детей с синдромом «вялого ребенка», не способных самостоятельно ходить, с явным преобладанием вялого нижнего парапареза, часто в сочетании с тремором верхних конечностей. Таким образом, знание клинических симптомов СМА II типа позволит определить алгоритм дальнейшего диагностического поиска с целью своевременного начала патогенетической терапии данного заболевания.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА С ОЧЕНЬ РАННИМ НАЧАЛОМ: РОССИЙСКИЙ ОПЫТ

Щиголева А.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ, обособленное структурное подразделение «Российская Детская Клиническая Больница», Москва

Исследование одобрено ЛЭК РНИМУ им Н.И.Пирогова на заседании №170 от 18 декабря 2017 г. Введение. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), включающие язвенный колит (ЯК), болезнь Крона (БК) и неклассифицируемый колит (НК), представляют серьезную проблему педиатрической гастроэнтерологии. До 6–15% педиатрических ВЗК начинаются в возрасте до 6 лет, а рост заболеваемости ежегодно увеличивается. Очень раннее начало ВЗК ассоциировано с наиболее высоким процентом моногенных ВЗК-подобных заболеваний, своевременная диагностика которых определяет дальнейший прогноз. Тем не менее, очень мало работ посвящено изучению особенностей клинических проявлений, диагностики и терапии у этой категории пациентов. В отечественной литературе данные о структуре ВЗК с очень ранним началом, клинической картине и терапии отсутствуют. Цель: изучить структуру, определить ведущие клинические симптомы, лабораторно-инструментальные характеристики ВЗК с очень ранним началом в российской популяции, определить частоту встречаемости ВЗК-подобных моногенных заболеваний в данной возрастной группе. Материалы и методы: автором проведен ретроспективный анализ пациентов с манифестацией ВЗК до 6 лет, наблюдавшихся в отделении гастроэнтерологии РДКБ г. Москвы с 2000 по 2018 гг., 68 пациентам выполнено молекулярно-генетическое исследование.

Результаты. Всего 130 пациентов, из них БК была диагностирована у 22,3% (29 пациентов), ЯК у 70,8% (92 пациента), у 6,9% (9 пациентов) был диагностирован первичный иммунодефицит (ПИД). У 69% пациентов катанез составил более 3 лет. У 16,2% (21 пациент) была произведена смена диагноза с ЯК на БК и наоборот. Медиана срока постановки диагноза составила 12 месяцев (максимальный срок 144 месяцев, минимальный 1 месяц). Медиана возраста манифестации – 2,7 лет, минимальный возраст начала 1 месяц. Ведущие клинические симптомы включали диарею (79%, 96 пациентов), боли в животе (54%, 65 пациентов), лихорадку (36%, 44 пациента), кровь в стуле (33%, 40 пациентов). Внекишечные проявления наблюдались у 38% (46 пациентов), из них у 6 пациентов имело место позднее появление внекишечной симптоматики. При лабораторном обследовании у 57% (69 пациентов) имело место снижение концентрации сывороточного железа менее 8 мкмоль/л, у 47,1% (57 пациентов) – снижение гемоглобина менее 110 г/л, тромбоцитоз (более 450 x 10⁹/л) у 40,5% (49 пациентов), ускорение СОЭ у 25,6% (31 пациент), повышение

C-реактивного белка у 24% (29 пациентов). ANCA были исследованы у 99 пациентов (81,8%), положительный результат наблюдался у 26 (26,3%) пациентов, из которых у 23 (88,5%) был диагностирован ЯК, а у 3 (11,5%) – БК. Кальпротектин был исследован у 75 пациентов (62%), среднее значение кальпротектина составило $737,5 \pm 53,5$ мкг/г. По данным илеоколоноскопии тотальное поражение толстой кишки было выявлено у 84,8% (78 пациентов) с ЯК и у 62,1% (18 пациентов) с БК, ретроградный илеит встречался у 16,3% пациентов с тотальным ЯК. По данным гистологического исследования гранулематозное воспаление имело место у 9,1% (11 пациентов), из них у 4 пациентов присутствовали гранулемы инородного тела, у 7 – эпителиоидноклеточные гранулемы. У 5 пациентов гранулемы были выявлены при катамнестическом наблюдении. Деформация крипт наблюдалась в 56,2% случаев (68 пациентов). Стойкая ремиссия на монотерапии аminosалицилатами была достигнута у 14,1% (17 пациентов), 73,6% (89 пациентов) получали стероиды, из них в 40,5% (36 пациентов) случаев наблюдалась гормонозависимость, в 5,6% (5 пациентов) – гормонорезистентность. Иммуносупрессивную терапию получало 78,5% (95 пациентов), антицитотоксическую терапию – 36,4% (44 пациента), у 36,4% (16 пациентов) она была начата в возрасте до 6 лет. Стойкой клинической ремиссии не удалось достичь у 17,4% (21 пациент), тотальная колэктомия была проведена у 9,1% (11 пациентов). У 24,1% пациентов с БК была проведена сегментарная резекция кишечника. Обсуждение. Среди детей с очень ранним началом ВЗК до 9% процентов составляют моногенные ВЗК-подобные заболевания. Дифференциальная диагностика между ЯК и БК в данной группе сложна, ввиду схожих клинических симптомов и эндоскопической картины. Очень раннее начало ВЗК ассоциировано с назначением агрессивной терапии и высоким риском хирургического лечения.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ В СЕМЬЯХ, ПРИВЕРЖЕННЫХ ВЕГЕТАРИАНСКИМ ТИПАМ ПИТАНИЯ

Ясаков Д.С., Макарова С.Г., Семикина Е.Л., Филянская Е.Г., Маврикиди Е.Ф.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр Здоровья Детей» Минздрава России, Москва

Актуальность. В современном мире число семей, следующих вегетарианским типам питания, неуклонно увеличивается. При этом, исключение из рациона беременных и кормящих матерей разных видов пищи животного происхождения не может гарантировать адекватную обеспеченность необходимыми нутриентами как матерей, так и грудных детей, особенно в климатогеографических условиях России. В связи с этим изучение вопроса грудного вскармливания (ГВ) в семьях вегетарианцев является актуальным.

Цель исследования. Оценить частоту грудного вскармливания и некоторые показатели нутритивного статуса детей, находящихся на грудном вскармливании от матерей-вегетарианок.

Материалы и методы. Работа выполнялась в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. Обследовано 149 детей в возрасте 3 мес – 17 лет 2 мес. из 113 семей, придерживающихся вегетарианских

типов питания. Проведено анкетирование родителей, а также клинико-лабораторное обследование детей, находящихся на ГВ на момент исследования: оценка физического развития по программе ANTHRO+, оценка обеспеченности железом и витамином B12, а также уровень гомоцистеина.

Результаты. По результатам анкетирования родителей/законных представителей, 96% детей получают/получали грудное вскармливание. У детей, получавших ГВ, продолжительность этого периода составляла от 2 до 60 месяцев (23 ± 11 мес). До 6 месяцев жизни ГВ получали 92,5% детей, до 12 месяцев – 87,2%, до 18 месяцев – 75%, до 24 месяцев – 55,4%. На момент исследования 26 детей в возрасте 3-35 месяцев получали ГВ. Показатели физического развития соответствовали норме у всех 26 детей. Детей с недостаточностью питания (z -score BAZ < -2) и ожирением (z -score BAZ > 2) не было. По данным лабораторного обследования выявлено: железодефицитная анемия у 27% детей, латентный дефицит железа у 31%, дефицит витамина B12 – у 50%, B12-дефицитная анемия – у одного ребенка. 10 обследованных кормящих матерей, чьи дети имели дефицит витамина B12, также имели дефицит кобаламина или его значения у нижней границы (в среднем 176 ± 40 пг/мл), связанные с отсутствием или редким потреблением животного белка и отсутствием саплементации. Анализ крови на уровень гомоцистеина ($n=9$) выявил гипергомоцистеинемия у 55% детей. Уровни общего белка и кальция были в пределах нормы у всех детей.

Обсуждение. Популярность вегетарианства в нашей стране растет и затрагивает как взрослых, так и детей. При этом надо отметить низкий комплаенс родителей-вегетарианцев и низкий уровень осведомленности в вопросах адекватного составления рационов и применения витаминно-минеральных комплексов [1]. Общепризнано, что при видимой адекватности, вегетарианские и веганские рационы могут быть дефицитными в отношении как макро-, так и микронутриентов, в том числе железа и витамина B12 [2]. Результаты нашего исследования в отношении статуса железа детей-вегетарианцев согласуются с зарубежными данными [3]. В зарубежных исследованиях также подчеркивается, что дефицит витамина B12 часто встречается у детей, получающих грудное вскармливание от матерей-вегетарианок с дефицитом кобаламина или от матерей с не диагностированной пернициозной анемией [4]. Заключение. Проведенное исследование показало необходимость врачебного контроля над состоянием здоровья детей на грудном вскармливании от матерей-вегетарианок, а также необходимость адекватного составления рациона беременных и кормящих матерей с применением саплементации.

Этическая экспертиза. Проведение исследования было одобрено Локальным этическим комитетом ФГБУ «НЦЗД» Минздрава России (протокол № 9 от 18.12.2015 г.).

Список литературы 1. Д.С. Дефицит витамина B12 у детей-вегетарианцев. Педиатрическая фармакология. 2017; 14(5): 415–416. Doi: 10.15690/pf.v14i5.1793. 2. Leitzmann C., Keller M. Vegetarian Diets. 74 Tables. Terms and Definitions (in German). Stuttgart: Ulmer; 2010. 3. Ambroszkiewicz J., Klemarczyk W., Mazur J., Gajewska J., Rowicka G., Strucińska M. et al. Serum Hcpidin and Soluble Transferrin Receptor in the Assessment of Iron Metabolism in Children on a Vegetarian Diet. Biol. Trace Elem. Res. 2017; 180(2): 182–90. Doi: 10.1007/s12011-017-1003-5. 4. Kocaoglu C., Akin F., Çaksen H., Böke SB, Arslan Ş., Aygün S. Cerebral atrophy in a vitamin B12-deficient infant of a vegetarian mother. J. Health. Popul. Nutr. 2014; 32(2): 367–71.

Содержание

| | |
|---|---|
| <i>Абдулманапова З.А., Таран Н.Н., Матинян И.А., Багаева М.Э., Строкова Т.В., Павловская Е.В., Зубович А.И., Байдакова Г.В., Пашкова И.Е.</i> Нарушения синтеза желчных кислот. Клиническое наблюдение..... | 1 |
| <i>Абрамов А.А., Петриченко А.В., Неудахин Е.В., Иванова Н.М.</i> Роль микроРНК ассоциированных с атерогенными нарушениями в развитии солидных опухолей у детей..... | 1 |
| <i>Абрамов А.А., Ворона Л.Д., Неудахин Е.В., Лукаш Е.Н.</i> Роль микроРНК в регуляции энергетического обмена в клетках у новорожденных детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями..... | 2 |
| <i>Азовский Д.К., Лекманов А.У., Пилюттик С.Ф.</i> Тяжелая ожоговая травма у детей, оказание помощи в первые часы..... | 2 |
| <i>Анцупова М.А., Острейков И.Ф., Короид В.В., Гетманченко Ю.Г., Чурносова М.А., Насекин М.В., Толасов К.Р., Ивахненко Ю.И., Козлов А.Я., Гадомский И.В.</i> Первый опыт лечения детей с коронавирусной инфекцией в условиях отделения реанимации..... | 3 |
| <i>Багаева М.Э., Строкова Т.В., Зубович А.И., Павловская Е.В.</i> Длительное наблюдение пациентов с болезнью Вильсона на фоне терапии хелаторами меди..... | 3 |
| <i>Базаев А.А., Ткаченко Т.Г., Хлынцева К.В., Маревичева Н.Д.</i> Анализ противокорревого иммунитета у матерей новорожденных | 4 |
| <i>Басова А.Я., Шапошникова А.Ф., Трофимкина Т.В.</i> Особенности витаминной недостаточности у детей с расстройствами аутистического спектра | 4 |
| <i>Батышева Т.Т., Пшемыская И.А., Позднякова Д.А., Слободчикова Н.С., Платонова А.Н.</i> Детский церебральный паралич и эпилепсия: особенности реабилитации в раннем возрасте | 5 |
| <i>Батышева Т.Т., Петряйкина Е.Е., Платонова А.Н., Щедеркина И.О., Быкова О.В., Саржина М.Н., Плотникова И.А.</i> Первичная профилактика инсультов в детском возрасте | 5 |
| <i>Батышева Т.Т., Плотникова И.А.</i> Соматические проявления неврологической патологии у детей раннего возраста | 6 |
| <i>Беседина М.В., Зайцева О.В., Зайцева Н.С.</i> Трудный диагноз остеомиелита грудного отдела позвоночника с реализацией сепсиса у ребенка грудного возраста..... | 6 |
| <i>Блохин Б.М., Королев А.В., Делягин В.М.</i> Формирование угрожающих состояний у детей..... | 7 |
| <i>Бородулина Т.А., Панков Д.Д.</i> Проблема недооценки результатов функциональной диагностики, скрываемая под понятием «возрастная норма» | 7 |
| <i>Бухарина Л.Н., Рязанцева С.И., Соловьева Т.А.</i> Доступная среда в детской поликлинике на базе ГБУЗ «ДГП № 94 ДЗМ»..... | 8 |

| | |
|---|----|
| <i>Васильева Е.А., Строкова Т.В., Багаева М.Э., Zubович А.И., Павловская Е.В., Сурков А.Г., Таран Н.Н., Прохорова И.В.</i> | |
| Изучение биомаркеров костного ремоделирования у детей с гликогеновой болезнью | 8 |
| <i>Валиев Р.Ю., Врублевская Е.Н., Врублевский А.С., Оганисян А.А., Врублевский С.Г.</i> | |
| Редкий случай послеоперационного осложнения циркумцизио. Клиническое наблюдение | 9 |
| <i>Вахова Е.Л., Выборнов Д.Ю., Хан М.А., Александров А.В., Тарасов Н.И.</i> | |
| Инновационные технологии медицинской реабилитации детей с травмой верхней конечности | 9 |
| <i>Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Демина А.М., Врублевский А.С.</i> | |
| Удвоение уретры. Клиническое наблюдение..... | 10 |
| <i>Врублевский А.С., Врублевская Е.Н., Оганисян А.А., Валиев Р.Ю., Врублевский С.Г.</i> | |
| Лапароскопическое замещение протяженной стриктуры мочеточника червеобразным отростком. Клиническое наблюдение..... | 10 |
| <i>Вязова Л.И., Шенец С.Г., Мороз Е.А.</i> | |
| Анализ факторов перинатального риска у новорожденных детей | 10 |
| <i>Вязова Л.И., Шенец С.Г., Мороз Е.А., Башлакова А.Н.</i> | |
| Особенности микробного пейзажа кишечника у недоношенных новорожденных детей с перинатальной патологией | 11 |
| <i>Гаврютина И.В.</i> | |
| Жестокое обращение с детьми. Современные подходы к проблеме..... | 12 |
| <i>Гасанова Э.Е., Горбатова Н.Е., Золотов С.А., Брянцев А.В., Батунина И.В.</i> | |
| Радикальный прецизионный способ лечения пиогенной гранулемы у детей..... | 12 |
| <i>Гордеева Е.А., Гонтова Г.Т., Абрамов А.В.</i> | |
| Соматическое здоровье ребенка с расстройствами пищевого поведения | 13 |
| <i>Гончарова Г.А., Скоблина Н.А.</i> | |
| Соотношение дисгармоничности физического развития и состояния нервно-психического здоровья учащихся на протяжении школьного обучения..... | 13 |
| <i>Грецов Е.М., Хитева А.Ю., Семенова Л.А.</i> | |
| Туберкулез органов дыхания и сахарный диабет у подростков | 14 |
| <i>Гуменюк О.И., Черненко Ю.В., Петрухина Е.А.</i> | |
| Состояние маммологического здоровья современных девочек подросткового возраста | 14 |
| <i>Гусева М.А.</i> | |
| Ранняя диагностика депрессии у детей с новообразованиями головного мозга на этапе реабилитации..... | 15 |
| <i>Демина И.В., Ельчанинова О.В., Игринева Е.Н., Ситаева Н.В., Славнова О.В.</i> | |
| Гиперостоз нижней челюсти и правой ключицы (синдром Каффи–Силвермана) у ребенка первого года жизни..... | 15 |
| <i>Демина И.В., Ельчанинова О.В., Игринева Е.Н., Ситаева Н.В., Славнова О.В.</i> | |
| Клинический случай синдрома истощения митохондриальной ДНК гепатоцеребральной формы у новорожденного | 16 |



| | |
|--|----|
| <i>Демин Н.В., Кадыров З.А., Карасева О.В., Ладыгина Е.А., Горелик А.Л.</i> Лапароскопическая заместительная уретероаппендикопластика верхней трети у ребенка 5 лет | 17 |
| <i>Демин Н.В., Ладыгина Е.А.</i> Хирургическое лечение венозной мальформации уретры у ребенка 17 лет | 17 |
| <i>Демикова Н.С., Подольная М.А., Лапина А.С.</i> Мониторинг врожденных пороков развития в системе профилактики врожденной патологии | 17 |
| <i>Денисова С.Н., Ревякина В.А., Тарасова О.В., Ильенко Л.И.</i> Эффективность гипоаллергенной ротационной диеты и пищевая толерантность у детей с атопическим дерматитом | 18 |
| <i>Елецкая К.А.</i> Зависимость артериального давления от массы тела у подростков | 18 |
| <i>Ерпулева Ю.В., Гаджимаева М.А.</i> Антропометрические методы оценки статуса питания у ребенка первого года жизни с вирусной диареей | 19 |
| <i>Жданова Е.И., Мицкевич Д.И., Оширова А.В.</i> Частота избытка массы тела у детей г. Иркутска в различные возрастные периоды | 19 |
| <i>Железоголо Е.А., Аверьянова Ю.В., Шумилов П.В., Макаров С.П., Петров Д.А.</i> Метаболические болезни костной ткани у детей с синдромом короткой кишки и другими хирургическими заболеваниями кишечника, проявляющимися хронической кишечной недостаточностью | 20 |
| <i>Зайцева Н.С., Толстова Е.М., Зайцева О.В., Аксенова Е.С., Ефимова Е.В., Радимова Е.Р., Ионова Е.А., Изотова С.А.</i> Неполная форма синдрома Кавасаки у грудного ребенка | 21 |
| <i>Зайцева Э.Г., Уткин С.А.</i> Основы правовой безопасности медицинских работников в образовательных организациях | 21 |
| <i>Зоркин С.Н., Беспалюк О.И., Туров Ф.О., Шахновский Д.С.</i> Современные подходы к хирургическому лечению мочекаменной болезни у детей | 22 |
| <i>Зоркин С.Н., Карпачев С.А., Туров Ф.О., Жамынчиев Э.К., Беспалюк О.И.</i> К вопросу о дренировании верхних мочевых путей при лапароскопических пластиках лоханочно-мочеточникового сегмента | 22 |
| <i>Злодеева Е.А., Попова Л.Ю.</i> Сложности диагностики наследственного ангионевротического отека у детей | 23 |
| <i>Ильина А.Я., Мищенко А.Л., Ахалова Е.А., Баринова А.С., Запольская А.Н., Пичугина Е.А., Рыгалова А.Д., Соловьева И.В.</i> Тромботические осложнения у новорожденных детей с наследственными факторами тромботического риска | 23 |
| <i>Иманалиева Ж.К.</i> Особенности развития посттрансплантационной анемии у детей после пересадки почки | 24 |
| <i>Каледа М.И., Никишина И.П., Салугина С.О., Федоров Е.С.</i> Генно-инженерная биологическая терапия при ювенильном артрите с системным началом с синдромом активации макрофагов по данным ретроспективного исследования | 24 |

| | |
|--|----|
| <i>Кантемирова М.Г., Курбанова С.Х., Новикова Ю.Ю., Глазырина А.А., Азова М.М.</i> Клинико-генетические параллели при болезни Кавасаки | 25 |
| <i>Камелькова А.И.</i> Восстановление предвестников раздражительных действий у детей раннего возраста после тяжелой черепно-мозговой травмы | 25 |
| <i>Картавцева Л.Р.</i> Проект «Московский врач» по специальности «педиатрия» | 26 |
| <i>Келейникова А.В., Матинян И.А., Таран Н.Н., Павловская Е.В., Багаева М.Э., Зубович А.И., Дремучева Т.А., Шавкина М.И., Строкова Т.В.</i> Изучение нутритивного статуса у детей с дефицитом массы тела при хронических заболеваниях | 26 |
| <i>Кессель А.Е., Щедеркина И.О., Хачатуров Ю.А., Кузьмина Е.В.</i> Факторы риска рецидива у детей с ишемическим инсультом..... | 27 |
| <i>Кисельникова Л.П., Вислобокова Е.В.</i> Стоматологическая реабилитация детей с гипофосфатемическим рахитом | 27 |
| <i>Кисельникова Л.П., Цымлянская В.В.</i> Стоматологические проявления несовершенного остеогенеза в зависимости от типа заболевания. | 28 |
| <i>Кожанова Т.В., Жилина С.С., Мещерякова Т.И., Лукьянова Е.Г., Осипова К.В., Айвазян С.О., Притыко А.Г.</i> Клинический случай редкого генетического синдрома Helsmoortel-van der Aa у пациентки психоневрологического отделения | 28 |
| <i>Кожанова Т.В., Жилина С.С., Мещерякова Т.И., Шорина М.Ю., Деменьшин И.Ф., Прокопьев Г.Г., Канивец И.В., Притыко А.Г.</i> Клинический случай редкой формы врожденной мышечной дистрофии, тип Давиньон–Шове..... | 29 |
| <i>Коваленко М.С., Федин Д.А., Бебеза Е.М., Пилипенко Ю.Н., Недорезов В.А.</i> Несовершенный остеогенез, клинический случай | 29 |
| <i>Комарова И.Б., Зыков В.П., Сафронов Д.Л., Шулешко О.В.</i> Функциональный исход и рецидивы после артериального ишемического инсульта у детей | 30 |
| <i>Комиссарова Е.Н., Орлова Д.С., Панасюк Т.В., Сазонова Л.А.</i> Темпы полового развития девочек с учетом соматотипа и пропорций тела..... | 30 |
| <i>Комиссарова Е.Н., Панасюк Т.В., Сазонова Л.А., Шкут Е.Н.</i> Рост и развитие дошкольников с учетом конституциональной принадлежности | 31 |
| <i>Коровин С.А., Дзядчик А.В., Любанская С.Ю., Соколов Ю.Ю.</i> Хирургическое лечение детей с острой ишемией органов брюшной полости | 32 |
| <i>Коровин С.А., Туманян Г.Т., Донской Д.В., Акопян М.К., Дзядчик А.В., Соколов Ю.Ю.</i> Лапароскопические технологии в лечении детей с перфоративными гастродуоденальными язвами | 32 |
| <i>Косырева М.А., Корсунский А.А., Гусева Н.Б., Млынчик Е.В.</i> Хронический пиелонефрит как индикатор снижения качества жизни у детей с нейрогенным мочевым пузырем при миелодисплазии | 33 |



Кошурникова А.С., Терещенко С.Г., Ермилова Е.А.

Диагностика и лечение инородных тел верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей33

Кравченко В.П.

Анализ целесообразности сохранения существующей системы оказания медпомощи
детскому населению на дому в экономических условиях постэпидемического периода34

Кувшинова Е.Д.

Альтернативные продукты питания для детей с пищевой аллергией
для профилактики белково-энергетической недостаточности.....34

Кузьменко Л.Г.

К вопросу о часто болеющих детях35

*Кузнецова А.А., Щедеркина И.О., Левов А.В., Соловьев В.Б., Лившиц М.И.,
Кессель А.Е., Петряйкина Е.Е.*

Эпилепсия и пароксизмальные состояния у детей и подростков
с нарушением мозгового кровообращения35

Кузнецова М.Н., Петричук С.В.

Отражение оздоровительного эффекта закаливающих процедур у детей
в физиологических реакциях36

Курылева М.А., Кирицина И.А.

Фармацевтическое просвещение как компонент обеспечения лекарственной безопасности детей36

Куянцева Л.В., Хан М.А., Калинина О.И.

Принципы, этапы и технологии медицинской реабилитации детей
с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.....37

Лазарева С.И.

Организация проведения патронажей к новорожденным на дому в ГБУЗ
«ДГП № 133 ДЗМ» при ранней выписке из родильного дома38

Лашко А.Ю., Шилина С.А., Анисеева Н.А., Федосеева Н.Ю., Майорова Н.А., Бутримова В.Н.

Трудности диагностики и особенности течения инфекционного эндокардита у подростка.....38

Лебедев В.В., Кожевникова О.В., Абашидзе Э.А., Газарян В.В.

Обструктивные апноэ сна у детей. Клинические случаи.....39

Липатова Е.С., Бритикова Е.А.

Особенности клиники, диагностики, течения и исхода хронического
рецидивирующего интрамедуллярного абсцесса у ребенка 4 лет39

Лян Н.А., Уянаева А.И., Филатова Т.А., Калиновская И.И.

Оптимизация санаторного этапа медицинской реабилитации детей с бронхиальной астмой40

Малеева Н.П., Кацова Г.Б., Дмитриева М.К., Попова Л.В.

Клинические и возрастные особенности функциональных поражений
желудочно-кишечного тракта у детей41

Малеева Н.П., Павленко Т.Н., Кацова Г.Б., Дмитриева М.К.

Эмоциональное выгорание у старших и главных медицинских сестер педиатрических стационаров41

| | |
|--|----|
| <i>Мартышевская Д.М.</i> Дети раннего возраста с тяжелой нейротравмой: педагогическая помощь на раннем этапе реабилитации..... | 41 |
| <i>Мойсеюк О.В., Якубовский Г.И., Гудков Р.А., Дармограй Д.А., Староческуль Е.И., Федина Н.В.</i> Орфанное заболевание в фокусе педиатра: клинический случай мукополисахаридоза 1 типа | 42 |
| <i>Мороз Е.А., Башлакова А.Н., Вязова Л.И., Шенец С.Г.</i> Узловатая эритема у пациентов детского инфекционного стационара | 43 |
| <i>Мороз Е.А., Башлакова А.Н., Вязова Л.И., Шенец С.Г.</i> Холтеровское мониторирование ритма сердца в условиях детского инфекционного стационара | 43 |
| <i>Милушкина О.Ю., Маркелова С.В., Скоблина Н.А.</i> Здоровье молодежи и гиперинформационное пространство..... | 44 |
| <i>Молчанова Е.Б., Юнусов А.С.</i> Дифференциальный подход к лечению затрудненного носового дыхания у детей | 44 |
| <i>Милушкина О.Ю., Маркелова С.В., Скоблина Н.А.</i> Факторы риска преморбидных изменений у детей в условиях дистанционного обучения | 45 |
| <i>Мухортых В.А., Ларькова И.А., Ревякина В.А.</i> Особенности клинических проявлений и сенсibilизации у детей, страдающих гастроинтестинальной формой пищевой аллергии | 45 |
| <i>Наконечная С.Л., Аксенова В.А., Мизерницкий Ю.Л.</i> Сравнительные результаты лабораторного теста QuantiFERON с кожным тестом, содержащим рекомбинантный белок CFP-10 и ESAT-6 и пробой Манту с 2 ТЕ у детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких и туберкулезом | 46 |
| <i>Неудахин Е.В., Иванова Н.М., Абрамов А.А., Петриченко А.В., Лукаш Е.Н., Асадуллаева М.А.</i> Интегральная оценка адаптационных реакций организма у детей со злокачественными опухолями | 46 |
| <i>Новикова Е.В., Хан М.А., Тальковский Е.М., Левицкая М.В.</i> Медицинская реабилитация детей с аноректальными пороками..... | 47 |
| <i>Огарева А.А., Кисельникова Л.П., Сирота Н.А.</i> Анализ эффективности применения методики мотивационного интервьюирования при формировании у детей мотивации на ежедневную гигиену полости рта | 47 |
| <i>Овчинникова Т.Н.</i> Развитие саморегуляции как метод укрепления здоровья..... | 48 |
| <i>Ольхова Л.В., Желудкова О.Г.</i> Прогностические факторы у детей с атипическими тератоидно-рабдоидными опухолями центральной нервной системы | 49 |
| <i>Омарова Ж.Р., Зыкин А.П., Глашкина С.А., Жаров А.Р., Туманова Е.Л.</i> Клинико-морфологическая оценка удвоений пищеварительного тракта у детей | 49 |
| <i>Османов И.М., Борзакова С.Н., Дубовец Н.Ф., Бочарова Т.И.</i> Распространенность и статистические данные по течению новой коронавирусной инфекции COVID-19 среди детей г. Москвы, находящихся на стационарном лечении..... | 50 |



| | |
|--|----|
| <i>Османов И.М., Захарова И.Н., Кольбе О.Б., Бекмурзаева Г.Б., Тамбиева Е.В., Мумладзе Э.Б.</i> Гипофосфатемический рахит | 50 |
| <i>Османов И.М., Захарова И.Н., Тамбиева Е.В., Бекмурзаева Г.Б., Мумладзе Э.Б.</i> Маска «мочекаменной болезни»..... | 51 |
| <i>Остроухова И.П., Кузнецов Г.Б., Савицкая Н.А., Акопян Т.Г.</i> Подходы к коррекции сенсомоторных дисфункций желудочно-кишечного тракта | 51 |
| <i>Остроухова И.П., Куликова Е.В., Чегодаева Н.А., Кузнецов Г.Б.</i> Вегетативная дисфункция – серьезная проблема в школьном возрасте..... | 51 |
| <i>Павлова М.С., Хачатрян Л.Г., Богданова М.Д., Осминина М.К.</i> Психоземotionalный статус детей, страдающих гемисклеродермией лица и головы..... | 52 |
| <i>Павловская Е.В., Строкова Т.В., Багаева М.Э., Zubович А.И., Таран Н.Н., Шавкина М.И.</i> Неалкогольный стеатогепатит при ожирении у детей разного возраста..... | 52 |
| <i>Павловская Е.В.</i> Семейная недостаточность липопротеинлипазы: клиническое наблюдение..... | 53 |
| <i>Панина О.А., Бабченко Е.С.</i> Состояние здоровья школьников в современных условиях обучения | 53 |
| <i>Панина О.А., Бабченко Е.С., Жукова И.Э.</i> Особенности местного иммунитета при респираторных инфекциях у детей с аллергическими заболеваниями | 54 |
| <i>Панина О.А., Матасова Ю.А.</i> Эпидемиологические и клиничко-лабораторные особенности течения энтеровирусной инфекции с НФМК-синдромом | 54 |
| <i>Панков Д.Д., Панкова Т.Б.</i> Практическое применение концепции преморбидной (саногенетической) терапии..... | 55 |
| <i>Панков Д.Д.</i> Селективный взгляд на маски преморбидных состояний | 55 |
| <i>Петрова В.И., Пилипенко Ю.Н., Безнощенко А.Г., Платонов А.И., Кривоногов И.И.</i> Транзиторное миелолипролиферативное состояние у новорожденного с синдромом Дауна, с подтвержденной мутацией гена GATA1 | 56 |
| <i>Петрова В.И., Туккаева Н.Э., Боженова Л.В., Захарова Ю.В., Пилипенко Ю.Н., Шкурлатов С.Н.</i> Аневризма вены Галена (к вопросу диагностики) | 56 |
| <i>Петрова Ю.В., Безнослова Л.А., Королева Д.Р., Лотоцкая П.С., Колотилина А.И., Мунблит Д.Б., Корсунский А.А., Смирнова Г.И.</i> Прогностические модели развития астмы у детей группы риска..... | 57 |
| <i>Пискун Т.А., Жданок А.А., Бовбель И.Э.</i> К вопросу о выборе смеси при функциональных нарушениях пищеварения у детей | 57 |
| <i>Пискун Т.А., Прилуцкая В.А., Егорова Н.Ю.</i> Сезонные колебания обеспеченности витамином D детей раннего возраста..... | 58 |

| | |
|---|----|
| <i>Подсеваткин В.Г., Кирюхина С.В., Кукина Г.Н., Колмыкова Н.А.</i> Связь ожирения и дефицита витамина D у современных детей | 59 |
| <i>Прокопьев Г.Г., Цыпин Л.Е., Деменьшин И.Ф., Кириенко П.Н., Постникова Е.В.</i> Искусственная вентиляция легких у детей на дому..... | 59 |
| <i>Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Алхасов А.Б., Галибин И.Е., Титова Е.А., Смолянкин А.А., Зайнулабидов Р.А.</i> Хронические абдоминальные боли, диагностика и лечение компрессионного стеноза чревного ствола у детей | 60 |
| <i>Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Зайнулабидов Р.А.</i> Хронические абдоминальные боли. Диагностика и выбор оптимального метода хирургического лечения стеноза чревного ствола у детей. Оценка отдаленных результатов лечения | 60 |
| <i>Романов Д.В., Сафин Д.А., Брылеева А.А.</i> Современный подход к диагностике и лечению младенческих гемангиом | 60 |
| <i>Романов Д.В., Сафин Д.А., Осокина Г.Г., Кравцова Л.А.</i> Безопасность амбулаторного назначения бета-адреноблокатора (атенолол) у детей с весом менее 4 кг..... | 61 |
| <i>Рубцова А.А., Каширина Э.А., Югай Н.М., Загидуллина С.Г., Карабанова О.Б.</i> Дифференциальный диагноз острых инфекций у детей, сопровождающихся экзантемой, в практике врача педиатра детской поликлиники..... | 61 |
| <i>Рубцова А.А., Моисеева Е.И., Лыков Ю.Г., Шилова Л.Ю.</i> Создание новой модели детской поликлиники с использованием бережливых технологий..... | 62 |
| <i>Рыков М.Ю., Манерова О.А., Козлов В.В., Турабов И.А., Решетников В.А.</i> Повышение ранней выявляемости злокачественных новообразований у детей..... | 63 |
| <i>Рыков М.Ю., Манерова О.А., Турабов И.А., Козлов В.В., Решетников В.А.</i> Медико-социальное исследование мнений родителей (законных представителей) о проблемах организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации | 63 |
| <i>Садомская Н.А., Майорова Н.А., Фокичева Н.Н., Фалетров М.В., Симонайтес А.А., Аникеева Н.А., Полтава О.А.</i> Острое экзогенное отравление лекарственными препаратами у подростка..... | 64 |
| <i>Салова А.Л., Мозжухина Л.И., Козут Т.А., Челнокова О.Г.</i> Группа высокого риска по возникновению повторных эпизодов обструктивного ларингита | 64 |
| <i>Салугина С.О., Федоров Е.С., Вольф Н.Г.</i> Острая абдоминальная боль при моногенном аутовоспалительном заболевании – всегда ли семейная средиземноморская лихорадка?! | 64 |
| <i>Сафин Д.А., Романов Д.В., Брылеева А.А.</i> Сложности диагностики младенческих гемангиом..... | 65 |
| <i>Сафин Д.А., Романов Д.В., Плоткин А.В.</i> Лекарственная безопасность использования препарата серебряной полиакрилатной матрицы для склерозирования лимфатических мальформаций | 65 |



| | |
|---|----|
| <i>Скоробогатова Е.В., Бочарова Т.И.</i> Распространенность гиперлипидемий у московских детей | 66 |
| <i>Селютина О.В.</i> Амбулаторная дерматологическая помощь детям до 15-летнего возраста | 66 |
| <i>Семенова Л.А., Хитева А.Ю., Грецов Е.М.</i> Туберкулез и онкологические процессы легочной ткани в практике фтизиатра у подростков и детей | 67 |
| <i>Семенова Н.Ю., Валиуллина С.А., Мамонтова Н.А., Топчий А.А.</i> Трудности диагностики состояния двигательных путей методом транскраниальной магнитной стимуляции у детей после тяжелой черепно-мозговой травмы | 67 |
| <i>Семенова Н.Ю., Мамонтова Н.А.</i> Нейрофизиологическая диагностика бессудорожного эпилептического статуса у детей в состоянии комы | 68 |
| <i>Скельян Е.Н.</i> Анализ спектра и чувствительности к противомикробным лекарственным средствам возбудителей инфекций мочевых путей у детей на амбулаторном этапе | 68 |
| <i>Соколов И., Симонова О.И., Рославцева Е.А., Лохматов М.М.</i> Активность лактазы у детей с муковисцидозом (МВ): сравнительная оценка с помощью двух методов | 69 |
| <i>Стежкина Е.В., Слепцова М.А., Моргунова В.В., Агапова А.И., Смирнова В.В., Красулина О.А., Вулех А.Д.</i> Синдром Маклеода: редкий случай односторонней легочной эмфиземы | 69 |
| <i>Суров Р.В., Лазишвили М.Н., Шмыров О.С., Кулаев А.В.</i> Наш первый опыт минимально инвазивной нефролитотрипсии у детей | 70 |
| <i>Сытова Е.А., Панина О.С., Черненко Ю.В.</i> Инвазивные микозы в практике врача – неонатолога. Клиническое наблюдение | 70 |
| <i>Тарасова О.В., Алексеева И.Г., Денисова С.Н., Ревякина В.А.</i> Возможности диетотерапии у детей с атопическим дерматитом и функциональными нарушениями моторики кишечника | 71 |
| <i>Титова О.Н., Матинян И.А., Таран Н.Н., Павловская Е.В., Багаева М.Э., Зубович А.И., Строкова Т.В.</i> Характеристика форм белково-энергетической недостаточности у детей с детским церебральным параличом в IV–V классах моторной активности GMFCS | 71 |
| <i>Тикашкина О.В., Макарова А.Ю.</i> Риски здоровью обучающихся Медицинского Сеченовского предуниверсария и медико-профилактические основы их коррекции | 72 |
| <i>Ткаченко Т.Г., Волкова Е.Д., Юдакова М.С.</i> Дети с TAR-синдромом: лечение, выживаемость, реабилитация | 73 |
| <i>Ткаченко Т.Г., Филимонова А.Ю., Вишнякова Д.А., Боженова Л.В., Хлынцева К.В.</i> Случаи врожденного гиперинсулинизма в Рязанской области | 73 |

| | |
|---|----|
| <i>Туров Ф.О., Зоркин С.Н.</i> Современный подход к лечению детей с гетеротопическим уретероцеле и резким снижением функции верхнего сегмента | 74 |
| <i>Устинова Н.В., Бебчук М.А.</i> Лечение ребенка с расстройством аутистического спектра: при чем тут педиатрическая служба? | 74 |
| <i>Федина Н.В., Гудков Р.А., Каденкова Е.Ю., Тереханова А.А.</i> Случай мукополисахаридоза: 3 типа в практике педиатра | 74 |
| <i>Федина Н.В., Штейн У.В., Федин Д.А.</i> Затяжные желтухи у детей раннего возраста | 75 |
| <i>Филатова Т.А., Ипатова М.Г., Антонова Е.А.</i> Важные аспекты ведения детей с пищевой аллергией | 76 |
| <i>Фролов П.А., Топилин О.Г., Коваленко И.В., Овсянников Д.Ю.</i> Дилатация бронхов и бронхоэктазы у детей, не связанные с муковисцидозом | 76 |
| <i>Хайретдинов О.З., Бебчук М.А., Рубакова Л.И.</i> Формирование навыков эффективного взаимодействия специалистов с членами семьи больного ребенка в рамках непрерывного медицинского образования | 77 |
| <i>Хан М.А., Дягтерева М.Г., Микитченко Н.А., Шунгарова З.Х.</i> Физическая реабилитация детей с последствиями перинатального поражения ЦНС | 77 |
| <i>Хачатуров Ю.А., Сидоров А.М., Плавунцов Н.Ф., Щедеркина И.О., Петрайкина Е.Е., Кадышев В.А., Кессель А.Е.</i> Ранняя диагностика инсульта у детей. Опыт скорой медицинской помощи города Москвы | 78 |
| <i>Хегай И.М., Трунина И.И., Чеботарева Т.А.</i> Роль вирусных инфекций в развитии нарушений ритма сердца у детей от 1 мес. до 3 лет | 78 |
| <i>Хлебутина Н.С., Гусева Н.Б., Крапивкин А.И., Колодяжная А.В.</i> Снижение качества жизни у детей с энурезом в подростковом возрасте как причина коморбидных состояний | 79 |
| <i>Ходжамова Н.К., Рахманкулова З.Ж.</i> Значение антенатальных факторов риска в формировании симметричного варианта задержки внутриутробного развития | 79 |
| <i>Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Дмитриева И.В., Шеенкова М.В.</i> Анализ обращений детей с инфекционными заболеваниями в детскую поликлинику | 80 |
| <i>Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Дмитриева И.В., Шеенкова М.В.</i> Использование математического моделирования для анализа обращений в детскую поликлинику | 80 |
| <i>Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Дмитриева И.В., Шеенкова М.В.</i> Современное состояние групп здоровья детей по данным профилактических осмотров | 81 |
| <i>Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Трикоменас Н.Н.</i> Региональные особенности формирования патологии молочных зубов у детей | 82 |
| <i>Чугунова О.Л., Амергулова С.Б., Ярошевская О.И., Суходолова Г.Н.</i> Нарушения функционального состояния почек у детей с пероральными отравлениями химической этиологии | 82 |



| | |
|---|----|
| <i>Шаробаро В.Е., Бекезин В.В.</i> Показатели состояния здоровья детей города Смоленска как критерий социального и экономического неблагополучия | 83 |
| <i>Шапошникова А.Ф., Кондратьева Р.В.</i> Особенности нарушений пищевого поведения у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра | 83 |
| <i>Шенец С.Г., Кувшинников В.А., Вязова Л.И., Башлакова А.Н., Мороз Е.А.</i> Синдром нарушения пищеварения у детей с железодефицитными анемиями | 83 |
| <i>Шенец С.Г., Кувшинников В.А., Вязова Л.И., Мороз Е.А., Башлакова А.Н.</i> Железодефицитные состояния у детей раннего возраста как фактор риска частой заболеваемости острыми респираторными инфекциями, осложненными отитом | 84 |
| <i>Шилина С.А., Фокичева Н.Н., Федосеева Н.Ю., Фалетров М.В., Горячев В.В., Иешкина М.Н., Калашникова О.Н., Анисеева Н.А., Кузнецова А.Н.</i> Клинические и микробиологические особенности течения менингита, вызванного <i>N.influenzae</i> у ребенка | 84 |
| <i>Шипилова Л.М., Белова О.А., Магомедова Р.А., Пятахина Т.А.</i> Анализ многофакторности врожденных пороков развития у плодов и новорожденных | 85 |
| <i>Шубина Е.В., Ганузин В.М., Маскова Г.С., Дадаева О.Б.</i> Особенности состояния здоровья детей, проживающих в условиях крупного промышленного города | 86 |
| <i>Шурова Л.В., Будкевич Л.И.</i> Качество жизни как критерий эффективности хирургического лечения детей с врожденным буллезным эпидермолизом | 86 |
| <i>Щедеркина И.О., Кессель А.Е., Кузьмина Е.В., Свиринов П.В., Петряйкина Е.Е., Валиева С.И., Дроздова И.М.</i> Алгоритм обследования детей с острым нарушением мозгового кровообращения: диагностика и выявление ведущих этиологических факторов | 87 |
| <i>Щедеркина И.О., Меликян М.А., Петряйкина Е.Е., Рыбкина И.Г., Соловьев В.Б., Карева М.А.</i> Поражение центральной нервной системы при гипогликемиях у детей: от генетики до исходов | 87 |
| <i>Якимович Н.И., Мирутко Д.Д.</i> Лихорадки у детей | 88 |
| <i>Якушенкова А.П.</i> Совершенствование методов хирургического лечения болезней глотки у детей | 88 |
| <i>Яцык С.П., Русаков А.А., Тарзян А.О.</i> Маркеры воспаления, склерозирования и регенерации почечной ткани при односторонних обструктивных уropатиях у детей до и после оперативного восстановления уродинамики | 89 |
| <i>Яцык С.П., Тарзян А.О., Русаков А.А.</i> Синдром Циннера | 89 |
| <i>Яцык С.П., Буркин А.Г., Тарзян А.О., Гурская А.С.</i> Клинический случай удвоения мочеиспускательного канала, полового члена и шейки мочевого пузыря с уретральным свищом | 90 |

Конкурс молодых ученых

| | |
|--|----|
| <i>Антонова Е.А., Филатова Т.А., Горяинова А.В.</i> Спектр сенсбилизации детей, больных муковисцидозом | 91 |
| <i>Батышева Т.Т., Тарасова Н.А., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Типсина Н.В., Уханова А.Н., Кирсанова Е.Ю., Проскура Ю.К., Филиппова Т.Н., Платонова А.Н.</i> Применение кинезиотейпирования у детей с цервикалгиями | 91 |
| <i>Буркина Н.И., Боровик Т.Э.</i> Коррекция нутритивного статуса у детей больных муковисцидозом с помощью отечественной смеси для энтерального питания | 92 |
| <i>Быстрова С.Г., Симонова О.И.</i> Клиническое значение метода бодиплетизмографии в обследовании детей с муковисцидозом | 92 |
| <i>Воробьева Д.С., Алексеева И.Г., Денисова С.Н.</i> Хроническая гастродуоденальная патология у детей с атопическим дерматитом, протекающим с развитием вторичной микотической инфекции..... | 93 |
| <i>Гаврютина И.В.</i> Выживаемость навыка сердечно-легочной реанимации среди практикующих врачей | 93 |
| <i>Горохольская В.В.</i> Диагностика структурных повреждений головного мозга по данным нейросонографии у новорожденных с экстремально низкой, очень низкой и низкой массой тела..... | 94 |
| <i>Гребнева В.М., Береснева С.Ю., Сахарова Е.С.</i> Экстремально недоношенные дети к 3 годам жизни (неврологические аспекты)..... | 94 |
| <i>Демина И.В., Славнова О.В., Бавыкина О.В., Белова Е.А., Хитрова Е.И.</i> Структура нарушений ритма сердца и проводимости, выявленные у детей первого месяца жизни без органической патологии (врожденные пороки сердца), находящихся на стационарном лечении с перинатальным поражением центральной нервной системы..... | 95 |
| <i>Демина И.В., Славнова О.В., Бавыкина О.В., Ельчанинова О.Е., Ситаева Н.В., Игринева Е.Н.</i> Клинический случай врожденного порока сердца (дефект межпредсердной перегородки вторичный) в сочетании с гемангиоматозом у новорожденного | 96 |
| <i>Ерпулева Ю.В., Гаджимаева М.А.</i> Клинический случай проведения нутритивной поддержки у ребенка раннего возраста с тяжелой вирусной диареей..... | 96 |
| <i>Завьялов О.В.</i> Роль врожденной пневмонии и значимость срока гестации при проведении респираторной терапии у детей с экстремально низкой массой тела в раннем неонатальном периоде | 97 |
| <i>Илларионов А.С., Радыгина Т.В., Потапов А.С., Петричук С.В.</i> Новые возможности оценки эффективности и коррекции терапии блокаторами фактора некроза опухоли α у детей с воспалительными заболеваниями кишечника в клинической практике..... | 97 |



| | |
|---|-----|
| <i>Козлова Е.В., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., Захарян М.Э., Гусева И.М., Мурашкин Н.Н., Захарова И.Н.</i> Особенности роста детей с атопическим дерматитом..... | 98 |
| <i>Козлова Е.В., Захарян М.Э., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., Гусева И.М., Мурашкин Н.Н.</i> Оценка нутритивного статуса детей с атопическим дерматитом..... | 98 |
| <i>Кратько Д.С.</i> Выявление ассоциированных с расстройствами аутистического спектра гастроинтестинальных расстройств: инструменты скрининга..... | 99 |
| <i>Котова Ж.А.</i> Метод терапевтической (общей) гипотермии с позиции нейропротективного эффекта последствий перинатальной асфиксии..... | 99 |
| <i>Ломака М.А.</i> Современный взгляд на диагностику и лечение детей с лимфатическими мальформациями головы и шеи..... | 100 |
| <i>Матвеева М.В., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А.</i> Гормональный статус пациентов с синдромом расстройства аутистического спектра | 100 |
| <i>Натрусова Н.В., Щедеркина И.О., Тиганова О.А., Петряйкина Е.Е., Кондратчик К.Л.</i> Синдром задней обратимой энцефалопатии у детей с острым лимфобластным лейкозом..... | 101 |
| <i>Панина О.А., Кучина А.И.</i> Пути профилактики заболеваний и основы формирования здорового образа жизни | 101 |
| <i>Подчиненова Д.В., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А.</i> Скрининг абдоминального ожирения у детей и подростков..... | 102 |
| <i>Петряйкина Е.Е., Анджель А.Е., Валиева С.И., Витковская И.П., Куркин А.П., Карасева Е.А., Выхристюк О.Ф., Савенкова М.С.</i> Более 115 лет служения. Морозовская больница. Творческий подход к решению насущных проблем в педиатрии | 102 |
| <i>Петряйкина Е.Е., Новицкая А.И., Воронцова И.Г.</i> Детская эндокринология Москвы: сегодняшний день и перспективы развития..... | 103 |
| <i>Петряйкина Е.Е., Рыбкина Е.Е., Новицкая А.И., Воронцова И.Г., Выхристюк О.Ф., Петеркова В.А.</i> К 55-летию отделения эндокринологии Морозовской больницы – первого в СССР в городском детском стационаре..... | 104 |
| <i>Рыков М.Ю.</i> Бережливые технологии в медицине: вперед в прошлое или назад в будущее? | 104 |
| <i>Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Петряйкина Е.Е., Осипова Г.Т., Пивазян Л.Г.</i> Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода у девочек-подростков. алгоритм диагностики и лечения..... | 105 |
| <i>Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Петряйкина Е.Е., Поддубный И.В., Тарбая Н.О., Короткова С.А.</i> Аппендикулярно-генитальный синдром у девочек..... | 105 |
| <i>Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Тарбая Н.О., Геворгян А.П., Моксякова Е.Г.</i> Структура экстрагенитальной патологии у девушек-подростков с первичной дисменореей | 106 |

| | |
|---|-----|
| <i>Сибирская Е.В., Шелковникова Т.В., Кацадзе Ю.Л., Шишлянникова Н.Ю.</i> Тромбофилия у беременных женщин. Офтальмологический скрининг..... | 107 |
| <i>Скепьян Е.Н.</i> Результаты микробиологического мониторинга мазков из зева и носа у детей с внебольничными заболеваниями верхних дыхательных путей..... | 107 |
| <i>Сытова Е.А., Панина О.С., Черненко Ю.В.</i> Инвазивные микозы в практике врача-неонатолога. Клиническое наблюдение | 107 |
| <i>Титова О.Н.</i> Сопоставление различных методов определения дефицита массы тела у детей с детским церебральным параличом | 108 |
| <i>Туркин А.О.</i> Нутритивный статус детей с буллезным эпидермолизом. Особенности и методы оценки. Способы коррекции. Нутритивная поддержка | 109 |
| <i>Филиппова Т.А., Самойлова Ю.Г., Кошмелева М.В., Олейник О.А., Горбатенко Е.В.</i> Доклинический сахарный диабет 1 типа: случай из практики. | 109 |
| <i>Черневский Д.К., Карпович Е.И.</i> Клинические особенности СМА II типа у детей..... | 110 |
| <i>Щиголева А.Е.</i> Воспалительные заболевания кишечника с очень ранним началом: российский опыт | 110 |
| <i>Ясаков Д.С., Макарова С.Г., Семикина Е.Л., Филянская Е.Г., Маврикиди Е.Ф.</i> Грудное вскармливание в семьях, приверженных вегетарианским типам питания | 111 |