

VII

Московский
Городской Съезд
педиатров
с межрегиональным
и международным
участием

ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ В ПЕДИАТРИИ

6–8 октября 2021 года | pediatr-mos.ru

СБОРНИК
ТЕЗИСОВ



ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ И ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Введение (Актуальность). Младенческая гемангиома (МГ) – доброкачественная сосудистая опухоль встречается у 10% всех новорожденных, у недоношенных детей – в три раза чаще, локализуется в 60-80% случаев на голове, шеи и верхней части туловища. МГ, имея врожденный генез, проявляется в первые две-три недели после рождения и активно увеличивается до 5-6-месячного возраста. В этот период в 40% случаев отмечают осложнения, из них при изъязвлении и инфицировании кровотечения в 7,5%, что особенно опасно у маленьких детей и требует экстренного лечения. В возрасте 6-8 месяцев у 80% детей наблюдают замедление или остановку роста МГ, но процесс активной инволюции начинается с 1 года и длится до 3 и более лет. При этом ткани гемангиомы претерпевают фиброзно-жировое замещение, в результате развивается деформация кожного покрова у 20-50% и у 10% сохраняются резидуальные сосудистые элементы. В связи с непредсказуемым по течению периодом инволюции и его результатом необходимо проведение своевременного и адекватного лечения МГ. В настоящее время наиболее объективно обоснованной является классификация Международного общества по изучению сосудистых аномалий ISSVA, 2014 года. В ней выделена очаговая форма инфантильной гемангиомы, которая имеет несколько типов: простой – образование располагается поверхностно в коже, глубокий, локализуется в нижних ее слоях и подкожно, и смешанный тип, имеющий поверхностные проявления и подкожную часть. В зависимости от размера и локализации пораженной зоны выделяют сложные формы МГ, такие как локализованные, сегментарные, неопределенные и мультифокальные. Локализованные гемангиомы занимают ограниченный участок, сегментарные представляют собой скопление очагов патологической ткани в пределах одного сегмента или анатомической области. При мультифокальной МГ наблюдается не менее пяти несмежных очагов, она нередко ассоциирована с системными поражениями. Многообразие форм и особенностей течения МГ определило существование многочисленных лечебных методов системного и локального воздействия на патологическую ткань образования. Общее медикаментозное лечение длительное и осложнения его, в частности β -адреноблокаторами, отмечают до 30% случаев. Локальные аппликационные методы, такие как криодеструкция и фотодеструкция и другие не обеспечивают радикального результата у 25% пациентов. Очевидно, что процент низкой эффективности существующих лечебных методов остается достаточно высоким.

Цель. Улучшение результатов лечения МГ путем разработки единого методологического подхода к верификации ее форм алгоритма выбора оптимальных лечебных методов, обеспечивающих адекватное и наиболее эффективное лечение при этих формах.

Материалы и методы. Работу выполняли на базе НИИ НДХиТ и ДГКБ №2 им. св. Владимира. Лечение детей со сложными формами МГ, быстрорастущими, локализующимися в сложных анатомических зонах осуществляли β -адреноблокаторами (пропранолол, атенолол) в условиях стационара ДГКБ №2 им. св. Владимира. Для лечения различных типов очаговой формы МГ использовали варианты лазерных способов, основанных на селективном поглощении определенных длин волн лазерного излучения, сосудистыми структурами. Лечение простых типов очаговой формы МГ выполняли с применением дистанционно-аппликационного способа амбулаторно, для глубоких и смешанных типов использовали интерстициальный способ фотодеструкции в условиях операционной стационара.

Результаты. В результате выполненной работы было установлено, что при сложных, особенно быстрорастущих, формах МГ для приостановки увеличения образования и профилактики осложнений, эффективно применение медикаментозного лечения β -адреноблокаторами (пропранолол, атенолол). В случае наличия различных типов очаговой МГ целесообразно использование вариантов селективной лазерной фотодеструкции, обеспечивающей прецизионность лечения и достижение почти в 100% радикального клинического результата с хорошим эстетическим компонентом.

Заключение. Для достижения оптимально возможного хорошего клинического и эстетического результата лечения МГ необходима правильная верификация ее форм и выбор алгоритма лечения, обеспечивающего наибольшую эффективность при этих формах.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Актуальность. Атеросклеротический процесс, приводящий к сердечно-сосудистым заболеваниям, начинается в детском и подростковом возрасте и развивается на протяжении жизни под влиянием генетических и модифицируемых факторов риска. Проведенные длительные проспективные исследования показывают, что основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (избыточный вес, нарушения липидного обмена, нарушения углеводного обмена) нередко возникают в детстве и носят относительно стабильный характер, поскольку их наличие подтверждается при повторных исследованиях, проведенных уже во взрослом состоянии. Также в последние годы наблюдается рост интереса педиатров к проблеме дислипидемии. Особый интерес вызывает атерогенные дислипидемии, являющиеся одним из компонентов метаболического синдрома. Показана высокая частота атерогенных дислипидемий у подростков с ожирением. В то же время описан нормальный липидный профиль при ожирении и, наоборот, атерогенные дислипидемии у детей с нормальным индексом массы тела. При этом поиск новых значимых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний ведется научным сообществом постоянно. Была доказана связь метаболизма холина (источник – фосфатидилхолин – в больших количествах содержащийся в пище животного происхождения) с патогенезом сердечно-сосудистых заболеваний. Холин используется некоторыми кишечными бактериями для синтеза интермедиата триметиламина (ТМА), который окисляется в печени до триметиламин N-оксида (ТМАО). В отдельных публикациях доказана роль ТМАО в повышении сосудистого тонуса, который является фактором риска развития сердечно-сосудистых нарушений (атеросклероз, коронарный тромбоз). Выявление доклинических маркеров и ранняя профилактика ССЗ, когда только идет формирование и проявления факторов риска носят нестойкий, непостоянный характер, представляется наиболее перспективной.

Цель. Изучить особенности топографии жировой ткани, липидного спектра и уровня ТМАО у детей с ожирением, без признаков метаболического синдрома.

Материал и методы. На базе ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России обследовано 34 ребенка (основная группа) в возрасте 12,1 (10,8; 14,6) лет с SDS IMT 2,9 (2,4; 3,4) и 20 здоровых детей того же возраста (контрольная группа) без избытка массы тела. Для оценки липидного обмена изучали липи-



дограмму (оценку содержания общего холестерина (ОХ), ТГ, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, коэффициента атерогенности (КА)). Для оценки использовали критерии дислипидемии, принятые Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ожирения у детей и подростков (2014г). Уровень ТМАО измерялся методом ИФА в сыворотке крови. Диагностика композиционного состава тела осуществлялась с помощью биоимпедансного анализа состава тела на аппарате экспертного класса Inbody 770 (Корея). Статистическая обработка выполнена с использованием статистических программ SPSS 23.0 (IBM SPSS Statistics, США).

Результаты. В первой группе отмечено достоверное увеличение объема висцеральной жировой ткани – 159 (125,5; 195,9) по сравнению с контрольной 27,5 (22,5 38,2). По параметрам липидного отмечалось значимое увеличение уровня триацилглицеридов – 1,1 (0,8; 1,7) ммоль/л и 0,9 (0,7; 1,0) ммоль/л у детей с ожирением и здоровых соответственно. Также отмечено достоверное снижение уровня ТМАО у детей с ожирением – 265,4 (198,7; 374,0) пг/мл по сравнению с контрольной группой – 786,3 (618,6; 1242,8) пг/мл.

Выводы. У детей с ожирением наблюдается увеличение объема висцеральной жировой ткани, гипертриацилглицеридемия и снижение уровня ТМАО. Учитывая единичные и противоречивые литературные данные, полученные результаты требуют дальнейшего более детального изучения роли ТМАО в метаболизме и его использования как маркера сердечно-сосудистых рисков у детей и подростков с ожирением.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ НА ОСНОВЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

*Первый московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова, Москва*

В комплексном лечении детей с расщелиной губы и нёба с выраженной первичной деформацией структур лицевого скелета, для получения оптимальных результатов целесообразно применение методов хирургической ортодонтической подготовки. Среди них самой тяжелой формой является двусторонняя расщелина губы и нёба, которая встречается сравнительно реже (15-25%), чем другие формы.

Цель исследования – повышение эффективности лечения новорожденных с расщелиной губы и нёба за счет ортодонтической подготовки. Материал и методы. За период с 2011 по 2021 г. на кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии Сеченовского университета находилось 64 ребенка с одно- и двусторонней расщелиной губы и нёба. Первым этапом под эндотрахеальным обезболиванием был фиксирован модифицированный ортодонтический аппарат типа Lantham. Одновременно проводилась частичная остеотомия сошника. Для фиксации в межчелюстную кость мы применили минивинты (8–10 мм). В течение двух недель производилась тяга межчелюстной кости в сторону фиксированного аппарата (ретрузия), а на самом аппарате движение было в сторону боковых фрагментов верхней челюсти за счет раскручивания винта. Через две недели осуществлялось снятие ортодонтического аппарата и удаление ортоимплантов, после чего была произведена операция первичная одномоментная двусторонняя (односторонняя) хейлопластика.

Результаты: на основании биометрических исследований гипсовых моделей челюстей, у всех 64 детей отмечалась нормализация соотношения межчелюстной кости и боковых фрагментов.

Выводы. Технология ортодонтической подготовки к операции хейлопластики при одно- и двусторонней расщелине позволяет нормализовать положение межчелюстной кости и форму верхней челюсти с последующим проведением первичной хейлоинопластики. Это сокращает сроки лечения, предупреждает развитие вторичных деформаций.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГАЛАКТОЗЕМИИ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

*Алексеева Е. Н., Михеева И. Г., Беляева И. А., Кругляков А. Ю.,
Курнатовская Е. О., Дубенок С. Ю., Рябова Е. Ю., Каменев М. М.,
Филиппов А. С., Волошина Ю. Н., Яковлева А. А., Кузнецова Ю. А.
Морозовская детская городская клиническая больница, Российский
национальный исследовательский медицинский университет им.
Н.И. Пирогова, Москва*

С 2006 г. после введения в России массового скрининга на галактоземию ее стали выявлять на доклинических стадиях, поэтому снизилась распространенность к данной патологии среди врачей поликлинического звена. Цель работы: продемонстрировать клинический случай ранней манифестации и тяжелого течения галактоземии, повысить настороженность педиатров первичного звена к данной патологии в условиях ранней выписки из роддома.

В приемное отделение Морозовской ДГКБ бригадой СМП была доставлена девочка 6 суток жизни с жалобами на срыгивания, вялость, снижение аппетита. Ребенок родился от здоровой матери 29 лет, от 1 беременности, в 1 триместре уреоплазмоз и легкое течение новой коронавирусной инфекции, в 3 триместре анемия, роды на 39 неделе, воды светлые. Масса при рождении 3300 г, длина 51 см, оценка по Апгар 8/9 баллов. В роддоме – совместное пребывание с матерью, грудное вскармливание по требованию. После выписки из роддома на 3 сутки жизни мать стала отмечать вялое сосание, на 4 сутки – обильные срыгивания после кормления. Ребенок стал отказываться от еды, перестал просыпаться к кормлению, в связи с чем госпитализирован в МДГКБ. При поступлении состояние средней тяжести. Масса 2730 г, потеря 570 г (17%). Двигательная активность, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены, сосёт вяло. Кожа иктеричная, умеренно сухая. Тургор тканей снижен. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем без видимых изменений. Живот мягкий, печень +1,5 см из-под края реберной дуги, мягко-эластичная, селезенка не пальпируется, стул без патологических примесей. В биохимическом анализе крови отмечалось повышение билирубина до 316 мкмоль/л (прямого 32 мкмоль/л) и увеличение АСТ до 237 ед/л, АЛТ до 240 ед/л. В клиническом анализе крови и общем анализе мочи без патологии. По данным УЗИ органов брюшной полости и головного мозга без структурных изменений. Клиническая картина позволила заподозрить галактоземию, но результаты скрининга на 7 сутки еще не были доступны. С конца 7 суток жизни состояние ребенка резко ухудшилось до тяжелого: усилились срыгивания, наросли симптомы токсикоза, вздутие живота. Энтеральное питание было приостановлено из-за угрозы развития энтероколита. Присоединился геморрагический синдром в виде желудочного кровотечения, в коагулограмме отмечалась значительная гипокоагуляция. Введение октаплекса не изменило показатели коагулограммы, был назначен криопреципитат. На фоне проводимой терапии нарос геморрагический синдром в виде кожных геморрагий и кровотечений из мест венепункций, усилился инфекционный токсикоз. На 8 сутки жизни ребенок переведен в ОРИТН в крайне тяжелом состоянии за счет сепсиса стафилококковой этиологии на фоне предполагаемой галактоземии, ДВС синдрома и полиорганной недостаточности. В анализах крови – воспалительные изменения: лейкоцитоз до $27,4 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофильный индекс 0,17, прокальцитонин 6,26 нг/мл, наросли маркеры дыхательной, сердечно-сосудистой, печеночной и почечной недостаточности. По данным неонатального скрининга, результаты которого стали доступны на 10-е сутки жизни, уровень галактозы составил 107 мг/дл (норма до 8). Диагноз галактоземия был подтвержден. Клиническая картина соответствовала классической галактоземии I типа. Ребенок находился на полном парентеральном питании, поэтому не получал лечебные

смеси на основе соевых изолятов. Проводилась ИВЛ, кардиотоническая поддержка, антибактериальная терапия, был налажен перитонеальный диализ, неоднократно проводилась коррекция гемостаза, заместительные гемотрансфузии. Для уточнения типа нарушения обмена галактозы генетиком рекомендована биохимическая и молекулярно-генетическая диагностика, проведение которой на фоне массивных заместительных трансфузий не представлялось корректным из-за ложно-отрицательных результатов. На фоне проводимой комплексной терапии существенного улучшения состояния достигнуть не удавалось. В возрасте 23 суток жизни состояние стало ухудшаться, и на 24 сутки ребенок погиб от полиорганной недостаточности на фоне сепсиса и нарушения обмена галактозы. Патологоанатомически диагноз был подтвержден.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует раннюю манифестацию классической галактоземии. Эта патология представляет сложности диагностики в первые дни жизни ребенка для врачей поликлинического звена. Усилия медицинского персонала, связанного с реализацией программы неонатального скрининга, должны быть направлены на максимально быструю доступность результата, что существенно влияет на осложнения и исход данного заболевания.

РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА-НЕФРОЛОГА

Балалаева И.Ю., Короблёва Т.П., Егоркина А.Б.

Воронежская городская детская поликлиника №11, Московская городская детская поликлиника №30, Воронеж, Москва

В практике педиатра и нефролога достаточно часто встречаются дети с жалобами на нарушения частоты мочеиспусканий. Расстройства мочеиспускания, сопровождающиеся увеличением или уменьшением частоты микций, могут быть вызваны не только воспалительным процессом в мочевыводящей системе, но и повышением или снижением тонуса детрузора мочевого пузыря в силу разных причин. Учащенные мочеиспускания малыми порциями в дневное время с императивными позывами к мочеиспусканию, недержанием мочи связаны во многих случаях с гиперактивным мочевым пузырем (ГАМП). Редкие мочеиспускания с выделением больших разовых объемов мочи, недержанием мочи на фоне значительного переполнения мочевого пузыря, большим объемом остаточной мочи при УЗИ мочевого пузыря обусловлены гипотонией мочевого пузыря (ГМП).

Цель и задачи исследования. Определить частоту расстройств мочеиспускания в форме ГАМП и ГМП у детей и подростков, выявить возрастные и половые особенности пациентов с данной патологией, сезонные особенности частоты расстройств мочеиспускания.

Материалы и методы. Проведено изучение частоты дисфункций мочеиспускания у детей и подростков, выявляемых на амбулаторном приеме нефролога, в течение 3 лет (2018-2020 гг.). Общее количество пациентов в возрасте от 6 месяцев до 17 лет составило 2606.

Результаты. Частота расстройств мочеиспускания, не связанных с мочевой инфекцией, составила 16 % от всех больных, обратившихся к нефрологу. Пациентов с проявлениями ГМП было в 2 раза больше (10,3%), чем больных с ГАМП (5,7%). Среди пациентов с разными вариантами расстройств мочеиспускания преобладали девочки (до 70% при ГМП). Возраст пациентов с нарушениями мочеиспускания составлял $7,5 \pm 0,1$ лет. Возрастных отличий пациентов с ГАМП и ГМП не выявлено. Значимо большая частота ГМП отмечена весной и осенью, чем зимой и летом. Для ГАМП сезонных различий частоты не выявлено. Наибольшее число пациентов с расстройствами мочеиспускания по типу ГМП и ГАМП было зарегистрировано в мае. Так, в мае 2019 года частота ГМП у детей составляла 22,9%. Летом частота расстройств мочеиспускания значимо уменьшалась. Данные тенденции прослеживались все годы наблюдения. В мае 2020 г. частота ГАМП у детей превышала таковую

в 2018 г. в 2 раза. Возраст больных с ГАМП в 2020 г. был больше, чем в 2019 г. ($P < 0,05$).

Выводы. Отмечена достаточно большая частота расстройств мочеиспускания у детей разного возраста, особенно у девочек, с преобладанием ГМП (редких мочеиспусканий). Наблюдалось увеличение количества детей с ГМП весной и осенью. Рост частоты расстройств мочеиспускания по типу гиперактивного мочевого пузыря весной 2020 г. может быть связано с увеличением тревожности у детей после введения карантинных мероприятий в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (режима самоизоляции, прекращения посещения детских образовательных учреждений, спортивных мероприятий, ограничением прогулок и т.д.), которые явились стрессовой ситуацией для детей со склонностью к переживаниям.

ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО *H. PYLORI*- АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ

Балко О.А.

Тульский государственный университет, Тула

Целью исследования являлось изучение конституциональных особенностей течения хронического *H. pylori*-ассоциированного гастродуоденита у детей трех соматотипов (астеники, нормостеники, гиперстеники). **Материалы и методы.** Обследовано 250 пациентов 4-17 лет, находившихся на стационарном лечении с диагнозом «Хронический гастродуоденит». Пациенты были разделены на три конституциональные группы по классификации М.В. Черноруцкого на основании подсчета индекса Пинье. В каждой группе оценен возрастной, гендерный состав, особенности клинического течения заболевания, обсемененность бактерий *H. pylori* (НР), данные лабораторно-инструментальных исследований (в том числе результатов ФГДС). Для диагностики НР у всех пациентов нами было использовано два подтверждающих метода и один вспомогательный: определение антигена бактерии в кале иммунохроматографическим методом, быстрый уреазный тест при выполнении ФГДС, аммиачный дыхательный тест. Проведена статистическая обработка данных. Уровень достоверности $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. 44% составили группу астеников (110 человек), 28% – нормостеников (70 человек), 28% – гиперстеников (70 человек). Астеники достоверно чаще страдают хроническим гастродуоденитом (ХГД), в отличие от нормостеников и гиперстеников ($\chi^2 = 19,200$, $df = 2$, $p < 0,001$). Средний возраст пациентов составляет $12,35 \pm 3,44$ лет. Предпосылки к частому проявлению ХГД именно в данной возрастной категории многофакторны и включают в себя комплекс физиологических и психологических перестроек, присущих подросткам, а именно: гормональные изменения, связанные с процессом полового созревания, завершение основных этапов формирования фенотипа, изменение эмоционально-смысловых доминант, повышенные учебные нагрузки, особенно в экзаменационный период, а также нарушение пищевого поведения (отсутствие полноценного горячего питания в учебных заведениях, быстрые перекусы), появление вредных привычек. Девочки болеют чаще мальчиков: 62,8% (157 человек) против 37,2% (93 человека) соответственно (фэмп=5,789, $p < 0,01$). У астеников нарушения пищевого поведения в меньшей степени приводят к развитию клинической симптоматики ($\chi^2 = 5,287$, $df = 2$, $p = 0,072$), напротив, проявления заболевания возникают спонтанно ($\chi^2 = 10,999$, $df = 2$, $p = 0,005$), что свидетельствует об их изначальной эндогенной конституциональной предрасположенности. При проведении объективного осмотра достоверных конституциональных различий не обнаружено. По результатам ФГДС большинство пациентов имеют поверхностный гастродуоденит с дуоденогастральным рефлюксом. Астеники склонны преимущественно к более легкому течению заболевания с развитием



поверхностного гастродуоденита ($\chi^2=5,225$, $df=2$, $p=0,074$), у нормостеников преобладает гипертрофический и эрозивный гастродуоденит, у гиперстеников – эрозивный.

Выводы. Астеники достоверно чаще страдают хроническим гастродуоденитом в сравнении с нормостениками и гиперстениками, что подтверждает ранее существующие данные. Средний возраст пациентов составляет $12,35 \pm 3,44$ лет. Девочки болеют чаще мальчиков. У астеников достоверно чаще проявления заболевания возникают спонтанно, что свидетельствует об их изначальной эндогенной конституциональной предрасположенности. Несмотря на это, по результатам ФГДС, астеники склонны преимущественно к более легкому течению заболевания в отличие от нормостеников и гиперстеников.

СОСУДИСТЫЕ АНОМАЛИИ ЛЕГКИХ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПОДРОСТКА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Балко О.А., Бакланова С.В., Кондаурова Е.В., Кочережникова Л.В.
Тульская городская клиническая больница СМП им. Д.Я. Ваныкина, Тула

Введение. Причины легочного кровотечения и кровохарканья кроются в различных патологиях и состояниях, затрагивающих как легочную систему, так и сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, систему крови, различные проявления системных, инфекционных и паразитарных заболеваний, травмы грудной клетки, применение антикоагулянтов и другие факторы. Ввиду неспецифичности клинически проявлений, постановка окончательного диагноза возможна только после гистологического исследования. В качестве основных методов инструментальной диагностики могут быть использованы КТ с контрастированием, ангиография легких, а также эндоскопическое исследование.

Целью данного исследования являлось представление клинического случая в качестве демонстрации путей диагностического поиска и важности применения высокодиагностических методик.

Клинический случай. Пациентка К. впервые поступила в возрасте 10 лет с жалобами на кашель с кровью. Из анамнеза: заболевание началось с редкого кашля в течение суток, в ночь девочка проснулась от кашля и ощутила привкус крови во рту. Утром начался приступ выраженного кашля с кровью, а также носовое кровотечение. Родители самостоятельно обратились в приемное отделение, девочка госпитализирована. Анамнез жизни без особенностей, хронических заболеваний не имеет, наследственность не отягощена. При объективном осмотре состояние ребенка средней степени тяжести, температура $37,4^\circ\text{C}$. Аускультативно дыхание жесткое, слева в нижних отделах влажные хрипы. По данным лабораторных исследований в общем анализе крови отмечались признаки анемии (122-101-112), коагулограмма, биохимический профиль без особенностей. По данным инструментальных исследований: рентгенография грудной клетки – без особенностей; ФГДС – острая язва желудка, состоявшееся кровотечение; бронхоскопия – объемное образование левого долевого бронха; КТ органов грудной клетки – участок инфильтрации в X сегменте левого легкого, изменения по типу «матового стекла» в VI, IX, X сегментах левого легкого. Консультация ЛОР-врача: острый ринит, туботит слева, вазопатия носовой перегородки, гипертрофия аденоидов 1 ст. По результатам диагностических мероприятий был сделан вывод, что причиной кровохарканья являлось сочетание патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и ЛОР-органов. На фоне проводимого лечения состояние с положительной динамикой. Ребенок выписан на амбулаторный этап с рекомендациями. Повторно девочка поступила в возрасте 12 лет с жалобами на кровохарканье. До настоящего момента жалоб не предъявляла, эпизодов кровохарканья не было. Данное ухудшение в ночь – появился кашель с прожилками крови, вызвана КСП, госпитализирована. По данным объективного осмотра

состояние ребенка средней степени тяжести, температура $37,1^\circ\text{C}$. Кашель продуктивный редкий приступообразный, на высоте приступа – пенная мокрота с алой кровью в объеме 30-50 мл. Аускультативно дыхание жесткое, слева в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. По результатам лабораторных исследований: в общем анализе крови нарастание признаков анемии (125-125-97-82-90), коагулограмма, биохимический профиль без особенностей, посев мокроты – стерильный. По данным инструментальных исследований: рентгенография грудной клетки – без особенностей; ФГДС – поверхностный гастрит; КТ органов грудной клетки с контрастированием – КТ-картина интерстициальных изменений в легких в нижних долях с двух сторон вероятнее воспалительного характера; бронхоскопия – состоявшееся легочное кровотечение, объемное образование левого нижнего долевого бронха (ангиома?). Консультация ЛОР-врача – без патологии. Был выставлен диагноз: Основной: Ангиома левого нижнего долевого бронха? Осложнение: Состоявшееся легочное кровотечение. Гипохромная анемия постгеморрагического характера 2 ст. Проведена комплексная терапия. Состояние девочки на момент выписки с положительной динамикой. Ребенок направлен на госпитализацию в ГБУЗ «Детская городская клиническая больница св. Владимира ДЗМ». Катамнез. Пациентка находилась в торакальном хирургическом отделении ГБУЗ «Детская городская клиническая больница св. Владимира ДЗМ» с диагнозом: Артерио-венозная мальформация нижнедолевого бронха слева. При бронхоскопии выявлено объемное образование нижнедолевого бронха слева, взята биопсия, выполнена лазерная деструкция образования. По данным гистологического исследования морфологическая картина, вероятнее всего, соответствует врожденной сосудистой дисплазии (артерио-венозной мальформации).

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С МУЛЬТИСИСТЕМНЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СИНДРОМОМ (MIS-C), АССОЦИИРОВАННЫМ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Балькова Л.А., Зиникова К.Н., Нуякшина А.А., Пакскина Е.П.
Национальный исследовательский мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, медицинский институт, Детская республиканская клиническая больница, Саранск

Введение. Начиная с марта 2020 г., из ряда европейских стран (Великобритания, Италия, Испания) и США (Нью-Йорк) стали поступать сообщения о детях с новым синдромом, ассоциированным с COVID-19. Очень тяжелый гипертрофический синдром, имеющий признаки болезни Кавасаки (БК) и синдрома токсического шока (СТШ). Королевский колледж педиатрии и здоровья детей (RCPCH) назвал это острое состояние мультисистемный воспалительный синдром у детей (MIS-C), для которого в последующем были предложены различные критерии диагностики. В литературе часто встречаются случаи вовлечения сердечно-сосудистой системы (ССС) при MIS-C, что послужило поводом для изучения частоты и особенностей поражения сердца у детей в Республике Мордовия.

Цель. Оценка степени и вариантов поражения CCC у детей с MIS-C. Материалы и методы. Обследовано 10 детей, находящиеся на госпитализации в отделении интенсивной терапии и реанимации детской республиканской клинической больницы (ДРКБ) г. Саранска с диагнозом мультисистемный воспалительный синдром, установленный по критериям Всемирной организации здравоохранения. Результаты. Поражение CCC наблюдалось у всех наблюдаемых детей с MIS-C, основным вариантом поражения был миокардит. Лабораторное подтверждение новой коронавирусной инфекции было установлено у 5 (50%) у остальных – контакт в анамнезе. Госпитализация детей проводилась в среднем на 7 ± 4 день болезни. Первые признаки пора-

жения сердца регистрировались с 1 дня госпитализации. Основными клиническими проявлениями были приглушенность сердечных тонов у 3 пациентов (30%), тахикардия (у 90%) и одышка (у 70%). По данным лабораторных данных повышение таких показателей как тропонин наблюдалось у 8 пациентов (80%), лактатдегидрогеназа – у 4 пациентов (40%) с 1 дня госпитализации максимально до 443 Е/л, мозговой натрийуретический пептид – у 9 пациентов (90%) в среднем на 2 день госпитализации. По данным электрокардиографии (ЭКГ) тахикардия регистрировалась у 6 (60%), эпизоды брадикардии регистрировались у 3 пациентов (30%), изменения зубца Т у 6 пациентов (60%). По данным эхокардиографии (ЭхоКГ) признаки увеличения массы левого желудочка определялись у 3 (30%), дилатации левого желудочка у 6 пациентов (60%), признаки левожелудочковой дисфункции у 8 детей (80%), перикардит – у 2 (20%).

Выводы. Таким образом, поражение сердечно-сосудистой системы при новой коронавирусной инфекции является частым явлением. Педиатру необходимо иметь настороженность в отношении поражения сердца у всех детей, имеющих клинику MIS-C, ассоциированного с COVID-19 уже с первого дня постановки диагноза. MIS-C – тяжелое состояние, которое почти у всех детей характеризуется поражением ССС (у 1/3 детей – с развитием шока), требующим тщательного инструментального (ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ) и лабораторного (тропонин, натрийуретический пептид) контроля, адекватного лечения и динамического наблюдения после выписки из стационара. Своевременная диагностика позволит начать правильную терапию и избежать летального исхода.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Блинов А.В., Макрушин И.М.

Детская городская поликлиника №42, Москва

Цель. Оценить обеспеченность витамином D детей и подростков с ожирением и сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы исследования. Изучалась концентрация витамина D 25(OH)D в сыворотке крови у детей с ожирением и сахарным диабетом 1 типа (СД 1 типа) в возрасте от 10 до 17 лет, не принимавших ранее витамина D в профилактических или лечебных дозировках. Обследование выполнялось с июня 2020 г. по июнь 2021 г. Недостаточный уровень витамина D определяли при содержании 25(OH)D в пределах 20–29 нг/мл, дефицит – в пределах 10–19 нг/мл, тяжелый дефицит – <10 нг/мл. Оценка обеспеченности витамином D проведена в 2-х группах: I группа – пациенты с ожирением – 107 (возраст 14,5±0,2 лет), II группа – пациенты с СД 1 типа – 32 (возраст 13,5±0,4). Группу сравнения составили 30 практически здоровых детей, не имеющих хронической патологии и избытка массы тела (возраст 14,5±0,4). Исследуемые и контрольная группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Результаты. Дефицит витамина D установлен у 106 (99%) детей с ожирением, у 28 (90,3%) детей с СД 1 типа и у 16 (53%) детей контрольной группы. Значения 25(OH)D у детей с ожирением были статистически значимо ниже, чем у детей группы контроля: 15,4±0,6 нг/мл и 29,2±1,8 нг/мл соответственно (p<0,001). Значения 25(OH)D у детей с СД 1 типа составили 18,9±1,5 нг/мл, что также указывало на значимое по сравнению с группой контроля снижение (p<0,001). Исследование витамина D также выявило статистически значимые различия между группой ожирения и СД 1 типа: 15,4±0,6 нг/мл и 18,9±1,5 нг/мл (p<0,05). Таким образом выявлена существенная разница содержания 25(OH)D у детей как с ожирением, так и СД 1 типа, по сравнению с контрольной группой, так и между собой. Наряду с низкими показателями обеспеченности витамином D детей с ожирением и СД 1 типа отмечена низкая обеспечен-

ность и детей из контрольной группы. По степени дефицита пациенты распределились следующим образом: при ожирении недостаточность выявлялась в 18,9% случаев, дефицит в 59,4% и тяжелый дефицит в 21,7%. При СД 1 типа недостаточность – 21,4% дефицит – 71,4% и тяжелый дефицит – 7,2% соответственно. В контрольной группе недостаточность – 68,8% случаев, дефицит – 31,2%, тяжелого дефицита выявлено не было. Установлено, что у пациентов, имеющих III степень ожирения (SDS ИМТ 3,37±0,05) уровень витамина D – 13,33±0,94 нг/мл, что достоверно ниже, чем у пациентов со II степенью ожирения (SDS ИМТ 2,76±0,02) – 15,88±0,66 нг/мл (p<0,01). Статистически значимых корреляций между дефицитом холекальциферола и инсулинорезистентностью, в том числе уровнем инсулина и индексом HOMA-IR, не получено. Также нами не получена зависимость дефицита витамина D от степени компенсации СД 1 типа (уровнем гликированного гемоглобина), отмечаемая многими исследователями.

Выводы. Отмечается высокая частота дефицита витамина D у детей с ожирением и СД 1 типа. У каждого пятого пациента с ожирением дефицит витамина D был тяжелым, что требует проведения активных профилактических мероприятий по восполнению витамина D в этой группе пациентов. Подтверждена зависимость между уровнем витамина D и степенью ожирения.

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Блинов А.В., Сорокина К.В.

Детская городская поликлиника №42, Москва

Цель исследования: дать клинико-метаболическую характеристику неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у детей и подростков с ожирением.

Объекты и методы: в исследование было включено 120 пациентов 10–17 лет (14,5±0,2 лет) с экзогенно-конституциональным ожирением (ЭКО), которым в условиях поликлиники было проведено комплексное обследование в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи пациентам с данной патологией. Метаболический синдром (МС) выставлен согласно педиатрическим критериям Международной федерации диабета (2007; P. Zimmet, 2007). Для оценки инсулинорезистентности (ИР) использовался индекс HOMA-IR. ИР фиксировали, когда индекс HOMA превышал 3,2. Диагноз артериальная гипертензия (АГ) выставлялся на основании офисного измерения артериального давления и проведения суточного мониторирования артериального давления (СМАД). Ультразвуковое исследование органов брюшной полости проводилось по общепринятой методике. На первом этапе по результатам обследования пациенты были разделены на 2 группы: в группу НАЖБП вошло 59 детей, группу сравнения составил 61 пациент с ЭКО. На втором этапе из группы НАЖБП были выделены пациенты с подозрением на неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), у которых по результатам дополнительного обследования исключались гепатиты инфекционной этиологии, токсические поражения печени и аутоиммунные заболевания. Таким образом, с подтвержденным НАСГ была сформирована группа из 14 пациентов.

Результаты: исследуемая и контрольная группы значимо различались по возрасту 15,2±0,2 и 14,0±0,3 (p<0,01). Исследование антропометрических показателей выявило статистически значимые различия в массе тела 103,0±2,3 и 84,7±2,4 (p<0,001) росте 175,6±1,1 и 164,7±1,5 (p<0,001) ИМТ 33,2±0,5 и 30,8±0,5 (p<0,001) SDS ИМТ 3,00±0,05 и 2,83±0,05 (p<0,05) окружности талии (ОТ) 110,7±1,4 и 101,8±1,3 (p<0,001) и окружности бедер (ОБ) 116,3±1,4 и 108,8±1,4 (p<0,001). Пациенты с НАСГ имели аналогичные с НАЖБП и статистически значимые различия с группой сравнения. При физикальном обследовании пациентов с НАЖБП на первый план выходят



симптомы ожирения, у всех пациентов с НАСГ были розовые стрии, а у трети имел место *acanthosis nigricans* – 35,7%. Увеличение размеров печени было выявлено у всех пациентов с НАЖБП, а сочетание с диффузным повышением эхогенности паренхимы и обеднением сосудистого рисунка у всех пациентов с НАСГ. Частота ИР в группе НАЖБП составила 62,7%, а в группе ЭКО – 57,4%, а частота МС 49,1% и 14,8% соответственно. Частота ИР при НАСГ 92,9%. Частота АГ в группе НАЖБП составила 61%, а в группе ЭКО – 42,6%, не получено достоверной разницы в группах сравнения уровня артериального давления при офисном измерении. При анализе показателей СМАД, а именно индекса времени гипертензии систолического артериального давления в дневное время получены статистически значимые различия между сравниваемыми группами 43,6±3,9% и 32,3±3,9% ($p<0,05$). Анализ показателей метаболического профиля в исследуемых группах выявил статистически значимые различия в уровне инсулина 27,0±2,2 мкЕД/мл и 20,0±1,5 мкЕД/мл ($p<0,05$) Индекса НОМА-IR 5,1±0,5 и 3,7±0,4 ($p<0,05$) триглицеридов (ТГ) 1,64±1,12 ммоль/л и 1,13±0,06 ммоль/л ($p<0,001$) ЛПВП 1,01±0,02 ммоль/л и 1,24±0,04 ммоль/л ($p<0,001$) АЛТ 34,5±3,7 Ед/л и 21,3±0,9 Ед/л ($p<0,01$) мочевой кислоты 426±9 мкмоль/л и 361±9 мкмоль/л ($p<0,001$) витамина D 13,1±0,8 нг/мл и 16,4±0,9 нг/мл ($p<0,01$). Пациенты с НАСГ в метаболическом профиле имели аналогичные с НАЖБП и статистически значимые различия с группой сравнения за исключением уровня трансаминаз. АЛТ при НАСГ была значительно выше по сравнению с группой сравнения 70,4±10,5 Ед/л и 21,3±0,9 Ед/л ($p<0,001$), также достоверно повышался уровень АСТ 36,6±5,0 Ед/л и 23,5±0,9 Ед/л ($p<0,05$). Не получено достоверных различий между группами в уровнях глюкозы натощак, гликированного гемоглобина, холестерина, гамма-глутамилтрансферазы и щелочной фосфатазы.

Выводы: частота НАЖБП составила 49,2% (стеатогепатоз – 37,5% и стеатогепатит – 11,7%) из них каждый четвертый имел НАСГ – 23,7%. У 100% пациентов НАЖБП протекает бессимптомно. Клинико-метаболическая характеристика пациента с НАЖБП: это чаще всего мальчик подросток с ЭКО в возрасте 15,2±0,2 лет, массой – 103,0±2,3 кг, ИМТ – 33,2±0,5 кг/м², ОТ – 110,7±1,4 см, ОБ – 116,3±1,4 см. Достоверными метаболическими критериями НАЖБП являются: повышение ТГ – 1,64±1,12 ммоль/л, АЛТ – 34,5±3,7 Ед/л, и мочевой кислоты – 426±9 мкмоль/л и снижение ЛПВП – 1,01±0,02 ммоль/л, витамина D – 13,1±0,8 нг/мл.

СОВРЕМЕННЫЕ АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАРЕЗОВ ГОРТАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Богомильский М.Р., Вязьменов Э.О., Загорская А.Д.
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, Москва

Цель работы: анализ результатов применения новых алгоритмов диагностики и лечения парезов гортани у пациентов после операций на щитовидной железе.

Материалы и методы: обследовано 12 пациентов в возрасте от 7 до 17 лет. Всем детям было выполнено хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. Основным симптомом в послеоперационном периоде являлась дисфония. В некоторых случаях отмечались нарушения дыхания и акта глотания. Всем больным выполнена трансназальная диагностическая видеоэндоскопия гортани, стобоскопическое исследование, а также оценка голосовой функции до и после лечения. Для восстановления функционального состояния гортани мы применяли нейромышечную стимуляцию в сочетании с голосовыми упражнениями и медикаментозной поддержкой.

Результаты: в ходе данной работы выявлен двусторонний парез гортани у 1 (8,3%) ребенка, односторонний парез – у 11 (91,7%). Дисфония

различной степени присутствовала у всех пациентов. Нарушение акта глотания выявлено у 2 (16,6%) больных. После проведения курса программной нейромышечной стимуляции в сочетании с голосовыми упражнениями и медикаментозной поддержкой восстановления всех функций гортани удалось достичь у 9 (75%) пациентов. Улучшение голосовой функции отмечено у троих детей (25%). Симптомы дисфагии купированы во всех случаях.

Выводы: в ходе работы оценена эффективность современных технологий диагностики и лечения послеоперационных парезов гортани. Применение разработанного нами лечебно-диагностического алгоритма позволило добиться восстановления функции гортани в 75% случаев. Улучшение голоса и восстановление акта глотания отмечено у всех наблюдаемых детей.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ЗАБОЛЕВАНИЕ СОЛИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Букреева Е. А., Петриченко А.В., Сергеев Е. Ю., Иванова Н.М.
Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва

Цель: улучшение качества оказания медицинской помощи и снижение инвалидизации детей, перенесших заболевание злокачественными опухолями.

Задачи: 1. Оценка переносимости реабилитационных мероприятий и формирование персонализированных программ реабилитации. 2. Профилактика последствий противоопухолевого лечения.

Материалы и методы исследования: специальное мультимодальное противоопухолевое лечение детей, больных злокачественными опухолями должно проводиться с участием как детских онкологов, так и реабилитологов, что позволит, при достижении радикальности лечения, минимизировать осложнения и последствия. В ремиссии у детей выявляются системные нарушения, являющиеся следствием перенесенного основного заболевания и применения агрессивной полихимиотерапии в сочетании с лучевым и/или хирургическим лечением, а также наличия сопутствующей патологии. Формирование последствий происходит не только в периоде роста ребенка, но и на протяжении всей жизни. В настоящее исследование были включены 50 детей, получавших медицинскую реабилитацию в онкологическом отделении ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ» с 2016 по 2020 г. Медицинскую реабилитацию получали дети, больные костными саркомами – 47 (94,0%), саркомами мягких тканей – 3 (6%). Отдаленные метастазы были у 26 (52%) детей, из них метастатический рецидив болезни был у 10 (20%) детей. После достижения ремиссии необходима динамически изменяющаяся индивидуальная программа реабилитации, соответствующая состоянию и потребностям пациента на момент наблюдения, индивидуальный подбор технических средств реабилитации, с целью улучшения показателей здоровья детей, перенесших солидные злокачественные опухоли. В позднем и отдаленном послеоперационном периоде формировались индивидуальные программы реабилитации соответствующие состоянию и потребностям пациента на момент наблюдения. Выполнялись: кинезотерапия, активные комплексы лечебной гимнастики с разработкой объема движений, гидрокинезотерапия, стабилизация походки, дыхательная гимнастика, велотренажер, тредмил, квантовая терапия, аэроионофитотерапия, ортезирование, компенсация укорочения конечности. Основная задача медицинской реабилитации в ремиссии – коррекция последствий противоопухолевой терапии по мере их развития, поэтому она может состоять не только из 3 этапа, но и 1, 2 этапа в случае необходимости стационарной коррекции последствий. Полученные результаты: проведенные курсы показали хорошую переносимость. За время наблюдения рецидив болезни раз-

вился у 1 (2%) ребенка, прогрессирование болезни – 4 (8%), умерли от прогрессирования и рецидива – 3 (6%).

Выводы: 1. Медицинская реабилитация должна быть максимально ранней и активной. Выбор метода и сочетания методов осуществляется по строгим показаниям. 2. Своевременное реабилитационное лечение, позволяет проводить коррекцию последствий противоопухолевой терапии на ранних стадиях, что существенно снижает инвалидизацию детей и повышает их социальную адаптацию.

ОПЫТ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ПО РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИМИКРОБНОЙ, ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ И МИНИМИЗАЦИИ БОЛИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ НАЗНАЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ

*Власова А.В., Смирнова Е.В., Дымнова Л.В., Жилина С.В., Желнина Т.П., Теновская Т.А., Анджель А.Е., Кулешов Н.Н., Горев В.В.
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва*

Внедрение принципов рациональной фармакотерапии в реальную клиническую практику представляет большой интерес для современных педиатрических стационаров. Обязательной частью формирования стратегии сдерживания роста антибиотикорезистентности являются ограничительные мероприятия с соблюдением принципа минимальной достаточности. Ограничительные мероприятия предполагают создание списка антимикробных препаратов на основании результатов локального мониторинга антибиотикорезистентности, минимизацию необоснованной инфузионной терапии и преобладание энтерального способа введения лекарственных препаратов для профилактики боли при выполнении лекарственных назначений у детей. Реализация ограничительных мероприятий по оптимизации практики применения антибиотиков возможна только на основе эпидемиологического мониторинга, включающего анализ уровня, динамики и структуры заболеваемости, а так же результаты микробиологических исследований биологического материала от пациентов.

Цель – улучшение клинической практики надлежащего применения лекарственных препаратов в педиатрическом стационаре.

Проведен анализ потребления антимикробных лекарственных препаратов в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» за 2019–2020 гг. и 1 квартал 2021 г. с использованием DDD-анализа на основе Руководства по классификации АТС и присвоения DDD по программе ВОЗ (АТС/DDD Index 2021 WHO), с расчетом суммарного потребления инфузионных растворов на усредненный пациенто-день. Оценка клинической практики способов введения лекарственных препаратов проведена с применением критерия ВОЗ «необоснованная боль» на основе «Инструментарий для оценки качества стационарного лечения детей 2015 год (второе издание)». Результаты микробиологического мониторинга в ОРИТ по профилю за 2019–2020 гг. проведены с использованием программы «Микроб-2», проведена оценка удельного веса ведущей микрофлоры в отделении и суммарной резистентности патогенов в группе представителей семейства Enterobacteriales, неферментирующих грамотрицательных микробов (НФГОМ) и грамположительных микроорганизмов, оценена распространенность патогенных грибов. По данным сравнительного DDD-анализа за предшествующие 2 года в 2020 г. выявлено снижение потребления в 4 раза антимикробных лекарственных препаратов для младенцев и в 2 раза для детей более старшей возрастной группы по резервным антимикробным препаратам (ванкомицин, полимиксин, меропенем, ципрофлоксацин, цефтазидим, цефтриаксон и цефепим), в 2 раза уменьшилось потребления противогрибковых лекарственных препаратов (амфотерицин В дезоксихолат, вориконазол). Снижению потребления антимикробных препаратов по педиатрическим профилям

в 2020 г., по сравнению с 2019 г. способствовал комплекс организационных: нормативных документов по улучшению клинической практики и внедрению СКАТ, в том числе отказ клиники от использования внутримышечного пути введения лекарственных препаратов, как при выполнении плановых, так и большинства экстренных лекарственных назначений; профилактических и дезинфекционных мероприятий: усиление мер по гигиене рук, внедрение стандартизованной практики выполнения медицинских технологий, своевременные изоляционно-ограничительные мероприятия при поступлении пациентов с полирезистентной микрофлорой. В 1 квартале 2021 г. по результатам оценки расчетного показателя суммарного потребления инфузионных растворов на усредненный пациенто-день в сравнении с 2020 г. было выявлено снижение потребления инфузионных растворов в 2 раза у пациентов педиатрических профилей. По итогам за последние 1,5 года исключена практика внутримышечного применения лекарственных препаратов для минимизации боли при выполнении лекарственных назначений у детей. Таким образом, улучшение клинической практики назначения и применения лекарственных препаратов в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» продолжается на фоне текущей практики оптимизации инфекционного контроля, комплекса мероприятий, мониторинга показателей антибиотикорезистентности, динамической оценки потребления инфузионных растворов и отказе клиники от использования внутримышечного пути введения лекарственных препаратов как при выполнении плановых, так и большинства экстренных лекарственных назначений.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ДЕТЕЙ

Водянова О.В., Сосновская Е.И., Чепурок Д.А.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минская областная детская клиническая больница, Минск, Беларусь

Цель. Проанализировать результаты компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) у детей с лабораторно подтвержденной инфекцией COVID-19.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Минской областной детской клинической больницы, оснащенной 64-срезовым компьютерным томографом Toshiba Aquilion PRIME, 2015 года выпуска. Проанализированы результаты 66 КТ сканов органов грудной клетки, выполненных в январе-марте 2021 года по стандартному протоколу. Средний возраст составил 8±4,5 года, средняя лучевая нагрузка соответствует 0,9±0,58 мЗв. КТ проводилась без контрастного усиления, с толщиной среза сканирования 0,5 мм, в первые 5 суток заболевания. Инфекция COVID-19 была подтверждена молекулярно-биологическим (выявление вирусной РНК методом ПЦР) либо серологическим (выявление антител классов IgA, IgG, IgM) методом.

Результаты. На основании анализа данных обследованных пациентов изменения, соответствующие вирусной пневмонии, были обнаружены у 29 (43,9%) пациентов, у 3-х (6,1%) пациентов установлено наличие бронхолита, у 1(1,5%) – инородное тело. КТ-признаки вирусной пневмонии на фоне типичной клинической картины отсутствовали у 48,5% обследованных детей. Анализ КТ-изображений продемонстрировал у 9 (31%) человек наличие участков снижения пневматизации легочной ткани по типу «матового стекла» без консолидации, у 13 (44,8%) детей эти изменения визуализировались одновременно с консолидацией легочной ткани, а у 7 (24,1%) пациентов имелась только консолидация легочной ткани. Двусторонние изменения легочной ткани определялись у 15 (51,7%) человек, у 14 (48,3%) детей этот процесс был односторонним. Увеличения внутригрудных лимфоузлов среди обследованных пациентов отмечено не было. У одного ребенка имелся плевральный выпот. Стоит отметить, что у 7 (10,6%) детей отмечалось снижение



плотностных характеристик печени, вероятно в ответ на системное воспаление. У 8 (27,6%) пациентов с диагнозом пневмония на основании анализа КТ изображений была установлена низкая вероятность инфекции COVID-19. В большинстве наблюдений выявлены признаки пневмонии легкой и среднетяжелой степени тяжести.

Заключение. У детей определяются характерные для инфекции COVID-19 КТ-паттерны, однако они не столь специфичны и могут присутствовать при различных заболеваниях вирусной и невирусной природы. Необходимо учитывать данные эпидемиологического анамнеза, клинического обследования, результатов лабораторных и лучевых методов исследования. Установленное в 10,6% случаев снижение плотностных характеристик печени свидетельствует о необходимости контроля за ее функцией. В 48,5% случаев при выполнении КТ органов грудной клетки патологические изменения легочной ткани отсутствовали.

ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА В УСЛОВИЯХ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ЦЕНТРА

*Волков Ю.О., Мамедов А.А., Паршикова С.А., Макарова Л.М.,
Жиркова Ю.В., Ткаченко Б.А., Тукабаев Г.П.
Первый государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова, Москва*

По данным Всемирной организации здравоохранения частота рождения детей с врожденными расщелинами составляет от 0,6 до 1,6 случаев на 1000 новорожденных, что составляет до 38% от всех пороков развития человека и 86% от пороков развития лица. Вероятность выявления врожденных пороков развития пренатально, при проведении УЗИ, составляет от 5,6% при расщелине губы и до 37,5% при расщелине губы и неба. Проведение первичного хирургического лечения таких детей в периоде новорожденности остается спорным, в том числе из-за отсутствия технических и организационных возможностей. Разработанная профессором Мамедовым Ад. А. «Система оказания помощи детям с расщелиной губы и неба» в периоде новорожденности продолжает активно внедряться.

Цель исследования – повышение эффективности лечения и реабилитации детей с расщелиной губы и неба.

Данное исследование основано на опыте лечения 28 новорожденных с расщелиной губы и неба в период 2018-2020 гг., которые находились в ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского. У 8 пациентов была расщелина неба, у 8 – расщелина губы, у 12 детей – расщелина губы и неба. Все дети находились под клиническим наблюдением специалистов: неонатолога, челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, анестезиолога-реаниматолога, лор-врача. При изолированных расщелинах губы и неба оперативное лечение выполнялось в 1 этап. У пациентов с диастазом между фрагментами альвеолярного отростка более 10 мм лечение проводилось в 2 этапа. Первый этап включал в себя установку ортоимплантатов с эластической тягой на фрагменты верхней челюсти. При этом в течение от 7 дней до двух недель было достигнуто от 50% до 70% уменьшение диастаза, что способствовало благоприятному выполнению 2 этапа – хейлоринопластики.

Результаты. Последовательное внедрение схемы ранней реабилитации детей с расщелиной губы и неба в периоде новорожденности позволяет проведение ранней социальной адаптации с возможностью улучшения эстетических и функциональных результатов.

ОСОБЕННОСТИ ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Вязова Л.И., Шенец С.Г., Мороз Е.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

В общей структуре заболеваемости детей раннего возраста ведущее место занимает острая респираторная патология. Одним из частых ее проявлений является острый ларинготрахеит, сопровождающийся разной степенью выраженности стеноза гортани.

Цель и задачи. Изучить особенности ларинготрахеита у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Для анализа использовались данные, полученные путем выборки их 735 стационарных историй болезни детей с острым ларинготрахеитом, находившихся на лечении в отделении для детей раннего возраста в течение календарного года. Большую часть (69,5%) из наблюдаемых детей составили мальчики. Пик заболеваемости пришелся на ранний возраст (81,1%): дети первого года жизни – 15%, каждый четвертый ребенок – в возрасте от одного до двух лет, каждый пятый – от двух до трех лет. Чаще всего (76,7%) встречался острый первичный ларинготрахеит с субкомпенсированным стенозом гортани. Пик заболеваемости пришелся на март-апрель и ноябрь-декабрь. Верификация возбудителя проводилась с помощью РИФ.

Чаще других (33,4% случаев) заболевание вызывал вирус гриппа, на втором месте была респираторно-сенцициальная инфекция, на третьем – парагрипп. Наиболее частой сопутствующей патологией был атопический дерматит (29,6% случаев). Большинство детей (77,9%) родились от первой беременности, доношенными. Отягощенный акушерский анамнез отмечался в каждом четвертом случае. Наиболее часто беременность осложнялась угрозой прерывания (63,1%), гестозом (16,2%), анемией беременных (7,1%). На естественном вскармливании до шести месяцев находился каждый второй (52,7%) ребенок, к концу первого года – 11,2% детей.

Выводы: 1. Пик заболеваемости пришелся на ранний детский возраст. 2. Чаще болели мальчики. 3. Отмечалась весенне-осенняя сезонность заболевания. 4. Чаще всего болезнь протекала в виде субкомпенсированного стеноза гортани на фоне атопического дерматита. 5. Самыми частыми возбудителями заболевания были грипп, респираторно-сенцициальная инфекция, парагрипп.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА

Галашевская А.А., Почкайло А.С.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Беларусь*

Актуальность. Несвершенный остеогенез (НО, osteogenesis imperfecta, болезнь «хрустального человека», болезнь Лобштейна-Вролика) – это генетически и клинически гетерогенная группа заболеваний соединительной ткани с разным типом наследования, характеризующаяся повышенной ломкостью костей, а также широким спектром экстра-скелетных проявлений: голубые склеры, гипермобильность суставов, несовершенный дентиногенез, прогрессирующая тугоухость, мышечная слабость и другие. Популяционная частота НО составляет 1 случай на 10 000-20 000 новорожденных. На сегодняшний день описан 21 тип НО. Основной признак НО – частые низкотравматические переломы костей (в т. ч. – компрессионные переломы позвоночника) на фоне снижения минеральной плотности кости (МПК). Тяжесть клинических проявлений НО варьирует от перинатально-летальных

форм, тяжелых и среднетяжелых форм с множественными переломами, деформациями конечностей, низкорослостью до относительно легких и даже бессимптомных форм. Комплексное лечение включает: модификацию образа жизни и окружения пациента, медикаментозное лечение (бисфосфонаты), хирургическая коррекция деформаций (имплантация интрамедуллярных штифтов) и реабилитационные мероприятия. Ведение пациента мультидисциплинарной командой специалистов является оптимальной и общепризнанной в мире стратегией оказания помощи при НО.

Цель. Представить клинический случай поздней диагностики несовершенного остеогенеза у ребенка с повторными переломами в анамнезе. Материалы и методы. Приводим собственное клиническое наблюдение ребенка с НО. Подросток Д. впервые поступил в Республиканский центр детского остеопороза, функционирующий на базе Минской областной детской клинической больницы, в возрасте 12 лет с жалобами на частые переломы в анамнезе и боли в поясничной области в течение последних 2-х месяцев. Травму спины отрицает. Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, 1-х срочных родов; масса при рождении – 3390 г, длина – 52 см. В родах отмечался перелом левой ключицы, двухсторонняя кефалогематома. Наследственность по НО не отягощена. Перенесенные заболевания: ОРИ, пневмония, ветряная оспа, водянка оболочек левого яичка, анемия, пупочная грыжа, послеожоговая рубцовая контрактура пальцев кисти. В анамнезе 12 переломов (ключица, плечевая кость, кости предплечья, голени, кисти, стопы, носа). При поступлении: масса тела – 44 кг, длина тела – 145 см, склеры голубого цвета, сколиотическая осанка, деформация грудной клетки, плоскостопие, деформация левой стопы. Лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (показатели в норме); 25(OH) D – 19,3 нг/мл. Рентгеновская денситометрия: МПК всего скелета (без учета черепа) – 0,537 г/см², Z-критерий = -1,3 SD; МПК поясничного отдела позвоночника – 0,347 г/см², Z-критерий = -3,7 SD. Рентгенография позвоночника: высота позвонков неравномерно снижена до 2/3; тела позвонков двояковогнута деформированы; контуры замыкательных пластинок четкие, вдавлены; межпозвоночные диски высокие, двояковыпуклые; признаки диффузного остеопороза. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: признаки НО с более выраженной двояковогнутой деформацией и отеком костного мозга тел Th8,9,12, L5 – компрессионные переломы без стеноза позвоночного канала; сколиотическая деформация поясничного отдела позвоночника вправо; начальные дегенеративно-дистрофические изменения в поясничном отделе позвоночника (ювенильный остеохондроз). Клинический диагноз: Несовершенный остеогенез, IA тип, среднетяжелое течение. Компрессионные переломы Th8,9,12, L5 позвонков. Сколиотическая деформация поясничного отдела позвоночника вправо. Дефицит витамина D. Проведенное лечение: препараты кальция и витамина D, памидроновая кислота, ибупрофен. При выписке рекомендовано: прием витамина D с последующим контролем уровня 25(OH)D, консультация ортопеда.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует низкую настороженность врачей в отношении НО при ведении пациента с повторными переломами в анамнезе на амбулаторном этапе, что привело к поздней диагностике заболевания, в результате чего ребенок в течение нескольких лет не имел возможности получать специализированное лечение. Ранняя диагностика НО позволяет определить оптимальную тактику медицинского сопровождения пациента, способствуя снижению инвалидизации, улучшению качества жизни ребенка и его семьи.

УГЛЕВОДЫ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ: ТЕНДЕНЦИИ МОЛОЧНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Галькевич Н.В., Галькевич А.Г., Ковалкина Т.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Московский государственный университет, Волковысское ОАО «Беллакт»

Актуальность темы связана с поиском возможных причин и путей решения проблемы ожирения, которая становится все более значимой в последние годы. Как отмечает ВОЗ, «в настоящее время люди потребляют больше продуктов с высоким содержанием калорий, жиров, свободных сахаров...». К сожалению, питание с избыточным количеством углеводов становится нормой для многих семей, нередко «семейной традицией», а производители питания в поисках новых потребителей делают многие продукты еще более сладкими, сопровождая упаковку продукта яркой «детской» картинкой. Довольно часто выбор такого продукта отдается родителями на усмотрение самого ребенка, «по картинке», не учитывая состав и возрастные рекомендации.

Целью нашего исследования является оценка содержания добавленного сахара в молочных продуктах для питания детей. Для этого решались следующие задачи: сбор данных о доступных молочных продуктах для детей первого года жизни и дошкольного возраста; сравнение углеводного состава этих продуктов с рекомендациями ВОЗ и национальными пищевыми диетическими рекомендациями по кормлению младенцев и детей раннего возраста.

Материалы и методы: анализ молочной продукции, предназначенной для питания детей в возрасте от 0 до 6 лет, расположенной в коммерческой доступности в торговых точках г. Минска, за исключением детских молочных смесей и каш; оценка углеводного состава по содержанию свободных сахаров (сахар, сиропы, мед, фруктоза) по возрастному признаку (творог, йогурт и проч.). Анализ рынка показал, что основными производителями молочных продуктов для детей являются предприятия РБ (6) и РФ (4), которые поставляют 63 и 54 наименования молочных продуктов соответственно. Минимальный возраст молочной продукции маркирован с 6 месяцев, что согласуется с национальными рекомендациями по детскому питанию по введению молочных прикормов. Молочные продукты представлены 12 позициями: молоко, творог, кефир, йогурт (ложковый и питьевой), молочный коктейль, ряженка, биолакт, другие кисломолочные продукты (актимель, бифидин и др.). Для детей до 1 года представлено по 5 наименований молочных продуктов без сахара производства РБ и РФ (молоко, кефир, йогурт, биолакт, творог), одновременно имеются те же продукты с добавлением сахара или фруктозы. Среднее содержание сахара составило 5,1 г/100 г (4,0; 8,8) в продуктах из РБ, в продуктах из РФ – 5,9 г/100 г (4,0; 7,9). В 10 продуктах для детей до 1 года производства РБ добавлена фруктоза (среднее содержание 3,1 г/100 г (1,8; 5,0)). Для детей в возрасте от 1 до 3 лет молочная продукция представлена 8 позициями производства РБ и 4 позициями – РФ, со средним содержанием добавленного сахара 5,3 и 4,9 г/100 г соответственно. В позиции для детей «дошкольного и школьного возраста» (старше 3-х лет) представлено 26 продуктов из РБ и 26 – из РФ (из них 3 – без сахара) со средним содержанием добавленного сахара 7,7 г/100 г (4,7; 10,0) и 6,6 г/100 г (5,0; 8,0) соответственно. В отобранных продуктах в соответствии с требованиями, предъявляемыми к продуктам детского питания, не содержались искусственные подсластители. Учитывая, что объем молочного питания в раннем возрасте составляет до 500 г, а для детей 2-3 лет – до 450 г и сопоставляя этот объем с объемом разовой упаковки молочного продукта (от 90 до 250 г), при составлении дневного меню (необходимость приема творога, кисломолочного продукта, цельного молока), содержание добавленного сахара может достигать в среднем от 16,0 до 30 г/сут только по молочной позиции (не включая каш, соков и других продуктов с возможным добавлением сахара). Таким образом, боль-



шинство молочных продуктов для детей содержат добавленные сахара. Следует также учитывать, что во многие продукты добавлены фруктовые компоненты, которые содержат естественно присутствующие сахара, что в целом увеличивает углеводную составляющую. ВОЗ и American Heart Association рекомендуют полностью избегать добавления сахара в рацион детей до 2 лет. British Nutrition Foundation рекомендует не включать в рацион продукты с добавленным сахаром детям до 4 лет, а в возрасте 4-6 лет – не более 19 г сахара в день.

Призыв снизить количество добавленного сахара до 5% от всей полученной энергии из еды уже услышан производителями, которые уменьшили количество сахара в молочных продуктах для детей до 1 года примерно на 20-30%. В то же время следует более активно вести просветительскую работу среди населения по подходам к выбору «правильных» продуктов для детей.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПРЕКРАЩЕНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ У ЗДОРОВЫХ МАТЕРЕЙ

*Гмошинская М.В., Пырьева Е.А., Сафронова А.И., Алешина И.В.,
Тоболева М.А., Тимошина М.И.*

*Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии,
Москва*

Актуальность. Согласно положениям ВОЗ грудное вскармливание является идеальным питанием для здорового роста и развития детей грудного возраста; оно также является составной частью репродуктивного здоровья матери. В связи с этим одной из задач педиатрической службы является организация системы поддержки полноценной и длительной лактации.

Цель исследования: изучение основных причин прекращения грудного вскармливания у здоровых российских женщин.

Материалы и методы. Были проанализированы причины прекращения грудного вскармливания у 244 матерей, родивших здоровых новорожденных детей. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программы SPSS Statistics 20 с использованием критерия Фишера (U). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Главной причиной прекращения грудного вскармливания к 6 мес., установленное у 39,7% матерей, являлось необоснованное прекращение грудного вскармливания из-за субъективного мнения матерей о недостаточном количестве у нее грудного молока. Матери самостоятельно, без консультации с врачами, начинали вводить молочные формулы. 29,4% матерей самостоятельно прекратили грудное вскармливание из-за острых или обострения хронических заболеваний; 7,3% – вследствие немотивированного отказа ребенка от груди матери; 8,8% – вследствие выхода матери на работу/учебу; 7,3% – развития аллергических заболеваний у ребенка, находящегося на грудном вскармливании; 4,4% – острых заболеваний ребенка; 2,9% – беременность матери. В 12 месяцев количество случаев необоснованного отказа ребенка увеличивается до 20,4%. К 3 месяцам на грудном вскармливании находились 68% детей, а в 6 мес. – 50%, в 12 мес. – 32% детей. Информацию от врачей о питании детей раннего возраста, включая организацию грудного вскармливания, получили 75,4% респондентов, из интернета – 68%; из популярных изданий по питанию и воспитанию детей – 47% респондентов; от бабушек – 35%; из журналов для родителей – 24,5%; от подруг – 24%.

Выводы. Отсутствие работы по формированию доминанты лактации; незнание способов стимуляции лактации, основных критериев достаточного количества молока; гипердиагностика гипогалактии; негативное воздействие рекламы и средств массовой информации; отсутствие поощрения матерей, вскармливающих грудью детей, являются основными причинами раннего перевода детей на вскармливание молочными формулами.

СЛУЧАЙ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА МОЗГА, СПИННОГО МОЗГА И ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ЛАКТАТА У РЕБЕНКА

*Горкина Л.Ф., Фалетров М.В., Аникеева Н.А., Чуйко Н.А., Горячев
В.В., Цветова Ю.К., Донская Ю.А.*

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

Актуальность. Лейкоэнцефалопатия с преимущественным поражением ствола головного мозга, спинного мозга и повышенным уровнем лактата (ЛССЛ) представляет собой редкое аутосомно-рецессивное заболевание нервной системы, в основе которого лежит митохондриальная дисфункция. Причиной являются мутации в гене DARS2. Генные мутации ведут к снижению активности митохондриальной аспартил-тРНК-синтетазы, что приводит к изменению синтезируемых митохондриальных протеинов.

Цель исследования: изучить особенности течения ЛССЛ у ребенка на примере клинического случая.

Материалы: работа с медицинской документацией, наблюдение пациента в динамике. Клинический случай. Девочка К., 3 года. Ребенок от 2 беременности, протекавшей физиологически. Первый ребенок умер в 8 лет (неуточненное поражение НС). Вес при рождении 3120 г., длина тела 51 см, по APGAR 8/8 б. До 7 месяцев росла и развивалась без особенностей. Перенесенные заболевания – ОРВИ, оперирована по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Дебют заболевания с 7 месяцев: ребенок стал утрачивать моторные навыки. В 2018 был поставлен диагноз: Дегенеративное заболевание нервной системы. Спастический тетрапарез. Бульбарно-псевдобульбарный синдром. Нарушение психо-речевого развития, частичная атрофия дисков зрительных нервов. В 2019 г. проводилось генетическое обследование: выявлена мутация во 2-ом интроне гена DARS2, приводящая к нарушению сплайсинга. Такая же мутация выявлена у матери (носитель). МРТ головного мозга с контрастированием: признаки диффузной лейкодистрофии. С апреля 2019 г. находилась на амбулаторном лечении: физиотерапия, нейрометаболические препараты. Ухудшение состояния с декабря 2020 – на фоне ОРВИ ребенок стал вялым, снизилась частота дыхательных движений. Доставлена в ГКБ №11, госпитализирована в отделение детской реанимации с диагнозом: ЛССЛ. Глубокая задержка психомоторного развития. Хронический микроаспирационный синдром. Умеренный стеноз восходящей аорты. Недостаточность митрального клапана. Двусторонняя пневмония смешанного генеза. Дыхательная недостаточность (ДН) III ст. При поступлении: состояние больной тяжелое за счет неврологического статуса, синдрома эндогенной интоксикации, ДН III ст. Уровень сознания – сопор (9 баллов по шкале ком Глазго). Эпизоды апноэ до 10-15 секунд. Менингеальные симптомы отрицательные. Т – 37,5 С; ЧД – 50 в мин; ЧСС – 140 в мин.; АД 100/50 мм рт. ст.; SpO₂ – 85%. Кожа бледная, чистая. Грудная клетка деформирована, конечности приведены к туловищу. Глаза открывает, зрачки широкие, симметричные, фотореакции вялые. Плавающие движения глазных яблок. Кашлевой рефлекс и рефлекс с мягкого нёба снижены. Отмечалась гиперсаливация, наличие рефлексов орального автоматизма. Мышечный тонус высокий. Патологические стопные и кистевые знаки, клонусы стоп. Начинаясь контрактуры суставов. Лечение: продленная ИВЛ, инфузионная, антибактериальная, гормональная, нейрометаболическая и противогрибковая терапия, интенсивный уход. На фоне лечения отмечалось нарастание пирамидной симптоматики и судорожного синдрома, угнетение сознания вплоть до комы. На фоне нарастающей полиорганной недостаточности зафиксирована клиническая смерть, проводимые реанимационные мероприятия – без эффекта. Смерть наступила в результате набухания и отека головного мозга с ущемлением стволовых структур.

Вывод. Представленный случай иллюстрирует течение редкого типа лейкоцитозии в детском возрасте. Заболевание характеризуется неуклонным прогрессирующим течением при отсутствии эффективных средств терапии. Врачи педиатры и врачи узких специальностей должны сохранять бдительность в отношении развития данного заболевания и при наличии характерной неврологической симптоматики рекомендовать дополнительное генетическое обследование.

НОВООБРАЗОВАНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛЕВОГО ПЛЕЧА (КАПОШИФОРМНАЯ ГЕАНГИОЭНДОТЕЛИОМА) У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Демина И.В., Ельчанинова О.В., Симонова О.А., Игринёва Е.Н., Ситаева Н.В., Славнова О.В.

Воронежская областная детская клиническая больница №1, Воронеж

Цель и задачи: проанализировать случай новообразования мягких тканей левого плеча (капошиформная гемангиоэндотелиома) у ребенка первого года жизни.

Методы и материалы: изучены истории болезни больной Х., 17.11.2020 г.р. Методы обследования: клинические, лабораторные, функциональные, инструментальные.

Результаты: ребенок от IX беременности (I-V – роды, VI, VII, VIII – медицинские аборт) протекавшей на фоне токсикоза, хронической никотиновой зависимости, на учете не состояла. Роды VI, в сроке 37 недель, самостоятельные. Масса тела при рождении 3180 г, рост 47 см, окружность головы 33 см, окружность груди 32 см. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена на 1 сутки. Из роддома на 5 сутки жизни в связи с новообразованием левого плеча переведена в БУЗ ВО «Воронежской областной детской клинической больницы №1» («ВОДКБ №1») в отделение патологии новорожденных и недоношенных № 2 (ОПН и ОПН №2). Общее состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 3110 г, рост 47 см. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Отеков нет. В области левого плеча определяется опухолевидное образование размерами 8,0 см*6,0 см, серого цвета, с сосудистым рисунком по центру, волосистой покров сохранен, безболезненное наощупь, признаков воспаления нет. В легких дыхание пуэрильное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Частота дыхательных движений 40 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шума нет. Частота сердечных сокращений 132 в 1 минуту. АД 70/40 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены. Наружные половые органы по женскому типу, правильно. Физическое развитие среднее, гармоничное. Большой родничок 0,5 см х 0,5 см. Сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. Двигательная активность достаточная, гипертонус в руках. Находилась на смешанном вскармливании. При обследовании общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови без патологии. На рентгенограмме органов грудной клетки от 23.11.2020 г. – пневматизация равномерная. Легочный рисунок не изменен. Очагово-инфильтративные изменения не выявлены. Куполы диафрагмы обычно расположены, четкие. Синусы свободны. Тень средостения расширена за счет долей вилочковой железы. Сердце на этом фоне достоверно оценить нельзя. Костно-деструктивные изменения ребер и ключиц не выявлены. УЗИ мягких тканей левого плеча от 24.11.2020 г.: УЗ-признаки очагового образования мягких тканей. Проведено МРТ мягких тканей левого плеча (07.12.2020 г.). В мягких тканях левого плеча определяется образование гиперинтенсивного сигнала T2, Stir, слабо гиперинтенсивного на ДВИ, изоинтенсивного на T1ВИ. После в/в контрастирования интенсивно накапливает контраст, размерами 60*16*52 мм. Образование протяженностью практически на все плечо, полуциркулярно охватывающее его по передней, боковой

и задней поверхности, распространяется на всю толщу подкожно-жировой клетчатки, деформирует и оттесняет прилежащие мышцы. В подмышечной области определяется сеть расширенных сосудистых структур, распространяющихся через межмышечные пространства, а также через дельтовидную мышцу к данному образованию, по переднебоковой поверхности определяется извитой сосуд (латеральная подкожная вена), диаметром до 4 мм, также идущий к данному образованию – питающие сосуды.

Заключение: МР-картина образования мягких тканей левого плеча, структурно соответствует гемангиоме. Консультация детского онколога от 08.12.2020 г.: новообразование мягких тканей левого плеча – капошиформная гемангиоэндотелиома. Выписка и данные МРТ исследования направлены на консультацию РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова для определения тактики дальнейшего лечения. Выводы: практический интерес данного наблюдения обусловлен редкостью заболевания, которое встречается только у детей. Прогноз для жизни и в отношении выздоровления благоприятный. Опухоли, располагающиеся в поверхностных мягких тканях, удаляют хирургически.

ДВА СЛУЧАЯ ТОТАЛЬНОГО АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН В ОДНОЙ СЕМЬЕ

Демина И.В., Ельчанинова О.В., Симонова О.А., Игринёва Е.Н., Ситаева Н.В., Славнова О.В.

Воронежская областная детская клиническая больница №1, Воронеж

Цель и задачи: проанализировать два случая тотального аномального дренажа легочных вен в одной семье.

Методы и материалы: изучены амбулаторные карта ребенка Б. и карта стационарного пациента С., 26.08.2005 и 13.11.2020 годов рождения. Методы обследования: клинические, функциональные, инструментальные. Результаты: из анамнеза известно, что ребенок от I беременности родился в срок и умер в возрасте 1,5 месяцев (причину мама не помнит). Ребенок Б. родился от II беременности, протекавшей без особенностей. Роды II, срочные, самостоятельные. Вес при рождении 3100 г, рост 51 см. Закричал сразу, к груди приложена на 1 сутки. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Из роддома выписана домой. С 1 месяца отмечалась одышка в покое, усиливающаяся при кормлении. За помощью не обращались. В возрасте 7 месяцев диагностирован врожденный порок сердца: тотальный аномальный дренаж легочных вен в коронарный синус, дефект межпредсердной перегородки вторичный, открытый артериальный проток. Ребенок был успешно прооперирован 13.03.2006 г. в Украине (по месту проживания). Ребенок С. родился от III беременности, протекавшей без особенностей. Роды III, в 38 недель, экстренное кесарево сечение. Вес при рождении 3500 г, рост 53 см. Закричал сразу, к груди приложен на 1 сутки. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. С рождения выслушивался шум над областью сердца, в связи с чем ребенок на 3 сутки жизни был переведен в БУЗ ВО «Воронежской областной детской клинической больницы №1» («ВОДКБ №1») в отделение патологии новорожденных и недоношенных №2 (ОПН и ОПН №2). При осмотре обращала на себя одышка в покое до 56 в 1 минуту, частота сердечных сокращений (ЧСС) 160 в 1 минуту. Печень выступала из-под края реберной дуги на 2 см. На ЭКГ от 16.11.2020 г. – ритм синусовый. (ЧСС) 180 в 1 минуту. Положение электрической оси сердца: отклонена вправо. Проведена доплер-эхокардиография (16.11.2020 г.): врожденный порок сердца: тотальный аномальный дренаж легочных вен в коронарный синус, дефект межпредсердной перегородки вторичный, открытый артериальный проток, увеличение правых полостей сердца, легочная гипертензия. С 16.11.2020 г. ребенок получал лечение сердечной недостаточности (фуросемид, спиронолактон в возрастной дозировке). 19.11.2020 г. выполнена КТА с контрастированием. Заключение: вро-



жденный порок сердца: тотальный аномальный дренаж легочных вен в коронарный синус, дефект межпредсердной перегородки вторичный, открытый артериальный проток, дополнительная верхняя полая вена слева дренируется в коронарный синус, гипертрофия малого круга кровообращения. Ребенок был переведен в ОРХН НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, где успешно прооперирован 26.11.2020 г.

Выводы: практический интерес данного наблюдения обусловлен редкостью заболевания, дважды диагностированного в одной семье. Прогноз для жизни при ранней постановке диагноза и вовремя проведенном оперативном лечении в отношении выздоровления благоприятный.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Долотова Н.В., Филькина О.М.

Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова, Иваново

В течение последних десяти лет число детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в Ивановской области остается выше, чем в среднем по РФ. В структуре причин ОВЗ детей данной возрастной группы болезни нервной системы занимают стабильно второе место и, как правило, являются следствием перинатальных поражений нервной системы. Реабилитацией данных пациентов занимаются преимущественно неврологи. При этом ее эффективность зависит от реабилитационного потенциала, который в свою очередь определяется не только выраженностью неврологического дефекта, но и такими факторами, как наличие или отсутствие соматической патологии, мотивацией и психологическим благополучием родителей. В связи с этим, целью исследования явилась разработка мероприятий по оптимизации реабилитационной помощи детям с ОВЗ, обусловленными болезнями центральной нервной системы (ЦНС), в Ивановской области. Проведено обследование 278 детей раннего возраста с ОВЗ, обусловленными болезнями ЦНС, и их матерей. У детей оценивалась соматическая заболеваемость и физическое развитие, матери обследованы набором психологических методик. В проведенных нами исследованиях выявлено, что дети с ОВЗ характеризуются высоким риском развития болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, глаза и его придаточного аппарата, крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунные механизмы, эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ, частых острых заболеваний. Только одна треть детей характеризуется нормальным физическим развитием. У остальных диагностируется дефицит массы тела, низкий рост или их сочетание. Психологическое обследование матерей детей с ОВЗ показало, что они часто сосредоточены на плохом самочувствии, более импульсивны, испытывают тревогу, страдают гипоманией, больше стремятся подчеркнуть тяжесть состояния, чаще не удовлетворены ходом развития ребенка, чувствуют ответственность за его состояние, беспомощность, плохо представляя, что будет необходимо для реабилитации ребенка в будущем. Большее значение в реабилитации матери детей с ОВЗ отводят помощи специалистов, недооценивая роли качественного питания, развивающих игр, хотя повышать уровень своих знаний о заболевании ребенка. Полученные данные свидетельствуют о необходимости активного участия педиатра в реабилитации детей с ОВЗ, обусловленными болезнями ЦНС, включая прогнозирование, профилактику, своевременное выявление и коррекцию соматических заболеваний, относящихся к медицинским факторам, определяющим реабилитационный потенциал, а так же психологи-

ческой помощи матерям. С учетом вышеизложенного, в Ивановской области создана региональная организационно-функциональная модель комплексной реабилитации детей раннего возраста с ОВЗ, включающая: координацию деятельности учреждений, работающих с данной категории детей, расширение границ профилактики с использованием прогнозов соматической патологии, маршрутизацию детей с ОВЗ для реализации специализированной (неврологической), педиатрической, психологической составляющей индивидуальной программы реабилитации/абилитации (ИПРА) ребенка, работу с родителями по повышению их компетентности. Департаментом здравоохранения области издано Распоряжение «О реализации мероприятий, предусмотренных ИПРА ребенка-инвалида» (№89 от 16.03.2017 г.), регламентирующее взаимодействие бюро медико-социальной экспертизы, Департамента здравоохранения и учреждений Ивановской области, принимающих участие в разработке и реализации мероприятий, предусмотренных ИПРА, определяющее обязанности специалистов детской поликлиники, в том числе врача-педиатра, подчеркнута важность педиатрического и психологического компонента реабилитации детей с ОВЗ, отражена необходимость работы с родителями, маршрутизация при реализации медицинской составляющей ИПРА ребенка. Эффективность внедрения региональной модели заключается в повышении удовлетворенности матерей качеством оказания медицинской помощи ребенку, при расширении круга специалистов, привлекаемых к реабилитации ребенка, более полном выполнении рекомендаций специалистов, снижении соматической заболеваемости и повышении реабилитационного потенциала детей. Таким образом, созданная региональная модель реабилитации ребенка с ОВЗ, обусловленными болезнями нервной системы, позволяет проводить ее на мультидисциплинарном уровне с привлечением специалистов разного профиля, вовлечением в процесс реабилитации родителей и включением психологической помощи самим родителям.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОВЕДЕНИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА В ДООПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ерпулёва Ю.В., Румянцев Р.Е.

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

Введение. Питание является важнейшим фактором, обеспечивающим рост и развитие ребенка. У детей раннего возраста при проведении плановых оперативных вмешательств на кишечнике имеется высокий риск развития потери массы тела, снижения белкового статуса, электролитных нарушений. Поэтому адекватная нутритивная поддержка у этой категории больных является ключевой составляющей в проводимой терапии.

Материалы и методы. Лабораторное оборудование – биохимический анализатор ABBOTT Architect c16000. Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин) проводился методом по конечной точке.

Результаты. Ребенок 1 года 6 месяцев, с недоношенностью 33 недели, ранее оперированный по поводу атрезии 12-перстной кишки, носитель илеостомы, поступил на плановую операцию (брюшно-промежностную проктопластику). Массо-ростовые показатели при поступлении: рост 76 см, вес 6,8 кг (центильные интервалы менее 3%), что свидетельствовало о белково-энергетической недостаточности и задержке физического развития. В биохимическом анализе крови определялся общий белок 75,8 г/л, альбумин 47 г/л, были повышены печеночные ферменты: АЛТ/АСТ – 193/93 ед/л. Ребенок плохо усваивал энтеральное питание, не прибавлял в весе, по стоме отходило большое количество водянистого отделяемого, что говорило о наличии синдрома мальабсорбции. Проводилась коррекция энтерального питания (ЭП) с использованием

формулы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): смесь на основе гидролизованного белка – 600 мл/сут (соотношение белки/жиры/углеводы = 1,6/3,0/6,3 г/кг/сут) и прикорм в виде рисовой безмолочной каши по 1 ч/л*6 р/д, назначено частичное парентеральное питание (ЧПП): глюкоза 20% – 10 г/кг/сут, аминокислоты инфант 10% – 1 г/кг/сут, СМОФлипид – 1,5 г/кг/сут, что полностью обеспечивало энергетические потребности организма ребенка. На фоне проводимой нутритивной поддержки в рамках комплексной терапии был достигнут положительный клинический эффект с прибавкой в весе более 400 гр, с уменьшением количества отделяемого по стулу, улучшения общего состояния ребенка, что позволило в кратчайшие сроки провести ребенку плановое оперативное вмешательство.

Заключение. У детей раннего возраста с развившимся синдромом мальабсорбции, белково-энергетической недостаточностью на этапах проведения плановых оперативных вмешательств на кишечнике важнейшую роль играет правильно организованная нутритивная поддержка. Адекватная нутритивная поддержка помогает своевременно провести необходимые плановые оперативные вмешательства.

ЛЕЙКЕМОИДНАЯ РЕАКЦИЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ТИПА У РЕБЕНКА ПЕРВОГО МЕСЯЦА

Зайцева Н.С., Бикмурзина Л.Р., Зайцева О.В., Радимова Е.Р., Ефимова Е.В., Антоненко А.Н., Ионова Е.А., Изотова С.А.
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

Лейкемоидная реакция (ЛР) ставит перед врачом трудную дифференциально-диагностическую задачу. От интерпретации ЛР зависят правильность диагноза и обоснованность терапии. При ЛР эозинофильного типа (ЛРЭТ) количество эозинофилов (эоз) >15%. Важна роль эоз при аллергических и инфекционных/паразитарных заболеваниях. Исключение первичной эозинофилии (Э) при гемобластозах, медикаментозной Э – базовое правило при диагностике ЛР.

Клинический случай. Доношенная девочка 1 месяца 7 дней на смешанном вскармливании (с 19.02 докорм смесью Нутрилон) поступила 23.02 в неонатологическое отделение ДГКБ св. Владимира с появившимися обильными срыгиваниями. Из анамнеза: от I физиологической беременности, I родов экстренным кесаревым сечением из-за слабости родовой деятельности у здоровой матери 27 лет, из семьи без отягощенного аллергоанамнеза, воды мекониальные, при рождении 3770 г. Объективно: не лихорадит, 4150 г (дефицит 9%), кожный покров чистый, физикально по органам без патологии, стул не изменен. По данным кислотно-основного состояния (КОС) компенсирована. Общеклинический анализ крови (ОАК): лейкоциты (Л) 15,3·10⁹/л, нейтрофилы (н) 44,7%, лимфоциты (л) 34%, моноциты (м) 11,7%, эоз 7,7% (1,2·10⁹/л), базофилы (б) 1,9%. Биохимический анализ крови и анализ мочи – без изменений. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости, почек, сердца, нейросонографии (НСГ), электрокардиографии – без патологии. Предположено функциональное нарушение кишечника, синдром срыгивания. Докорм назначен смесью Нутрилак Антирефлюкс. 24.02 состояние ребенка ухудшилось (38,2 °С, вялость, снижение аппетита, гиперемия дужек зева, затруднение носового дыхания, жидкий стул). При уточнении анамнеза: дома контакт с больным с лихорадкой и рвотой. В ОАК Л 15,8·10⁹/л, н 31,6%, л 37,5%, м 10,8%, эоз 19,6% (3·10⁹/л), б 0,5%. ПЦР на COVID-19 отрицательный. По КОС – метаболический ацидоз. Диагностирована острая инфекция верхних дыхательных путей с кишечным синдромом, назначена симптоматическая терапия. С 25.02 сухость и гиперемия щек, рвота и срыгивания, зеленый жидкий стул. Проводилась регидратация парентерально. Исследования кала на кишечную группу, рота-, аденовирусы, токсины клостридий отрица-

тельные. 26.02 ОАК: Л 29·10⁹/л, метамиелоциты 1%, н 37%, л 22,3%, м 9,3%, эоз 30,1% (8,7·10⁹/л), б 0,3%. С выраженной интоксикацией, синдромом угнетения консультирована неврологом, проведены НСГ и люмбальная пункция (без изменений). Назначен ампициллин сульбактам, переведена в инфекционное отделение. 27.02 девочка более активна, 37,3 °С, сосет лучше, срыгивает меньше. Живот мягкий, беспокойство при пальпации. Стул зеленый, жидкий. ОАК: Л 38,3·10⁹/л, миеоциты 1%, н 23,2%, л 28,4%, м 5,4%, эоз 41,7% (16·10⁹/л), б 0,3%. Рентгенография грудной клетки – без патологии. 28.02 появление пятнисто-папулезной сыпи на лице. ОАК: Л 36,3·10⁹/л, н 18%, л 28,8%, м 2,7%, эоз 50,3% (18·3·10⁹/л), б 0,2%. Отрицательные С-реактивный белок, прокальцитонин. Антибиотик отменен, перевод на питание глубоким гидролизатом. 1.03 ОАК: Л 42,7·10⁹/л, н 16,9%, л 29,8%, м 2,3%, эоз 50,7% (21·6·10⁹/л), б 0,3%. Кал на гельминты – не обнаружены. Гематологом рекомендована костномозговая пункция. К 03.03 не лихорадит, не срыгивает, 4670 г, угасание сыпи, физикально без патологии, стул желтой кашицей. ОАК 5.03: Л 29,9·10⁹/л, н 13,7%, л 39,4%, м 3,7%, эоз 42,7% (12,8·10⁹/л), б 0,5%. ПЦР на токсоплазмы, вирусы герпеса 1,2 – не обнаружено. Миелограмма без изменений. Выписана в удовлетворительном состоянии с диагнозом «Острая вирусная инфекция. Атопический дерматит. ЛРЭТ» под наблюдение педиатра и гематолога. Катамнез: 19.04 в ОАК Л 6,8·10⁹/л, эоз 5%. Докорм гидролизатом. Жалоб нет. Консультирована гематологом: в наблюдении не нуждается.

Выводы. Сложность случая заключена в установлении причины ЛР. Проведенное обследование не позволило этиологически идентифицировать инфекцию, ставшую пусковым механизмом ЛР. В усилении Э важна и роль аллергической реакции ребенка без риска по атопии на введение докорма не гидролизрованными смесями, в которой также нельзя исключить компонента гастроинтестинальной аллергии. Грамотный анализ клиники и данных обследований позволил минимизировать антибиотикотерапию, а сроки развития ЛР – исключить ее лекарственно-индуцированную природу. Выраженность ЛР актуализировала дифференциальную диагностику с первичной Э.

ПРЕИМУЩЕСТВО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ДЛЯ КОРРЕКТНОГО УДАЛЕНИЯ НЕВУСОВ КОЖНОГО ПОКРОВА У ДЕТЕЙ

Золотов С.А., Горбатова Н.Е., Дорофеев А.Г., Брянцев А.В., Батунина И.В.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Введение. Невусы – доброкачественные образования кожи состоящие из характерных невусных клеток, чаще бывают врожденные, реже приобретенные. Однако этиология и патогенез их до конца не выяснены. Клинически данные образования чаще имеют выпуклую полушаровидную форму, но могут быть и плоские. Поверхность их может быть гладкая и бугристая, возможно наличие фрагментации и десквамации, а также рост волос. Невусы (Н) могут быть обычного цвета кожи и пигментные (ПН) с усилением коричневой окраски и светло-коричневого до черно-коричневого цвета. Частота встречаемости невусов среди детского населения составляет 75%, при этом локализация их возможна на любом участке кожного покрова.

Актуальность. Среди ПН выделяют пренеоплазмы – образования кожи, являющиеся предшественниками злокачественной меланомы. Своевременная диагностика и лечение данных образований, а также других невусов, расположенных в местах подверженных травматическому повреждению, снижает риск возникновения меланомы на 25%. На сегодняшний день широко применяют способы удаления невусов криодеструкция, механическое удаление скальпелем, электрокоагуля-



ция, коагуляция или иссечение лазерным излучением и ряд других. Все эти способы не обеспечивают достаточный гемостатический эффект и абластику, или они могут привести к выраженному термическому повреждению тканей самого образования и окружающих его тканевых структур, при котором невозможно получить качественный материал для биопсии, а также достичь оптимально возможный клинический и эстетический результат лечения.

Цель. Целью настоящей работы является улучшение результатов при удалении различных невусов у детей путем оптимизации способов с использованием лазерного излучения для профилактики малигнизации и патоморфологической верификации диагноза.

Материалы и методы. В НИИ НДХИТ с 2017 по 2020 г. детям в возрасте от 7 до 18 лет в амбулаторных условиях под местным инъекционным обезболиванием было выполнено оперативное удаление 1250 различных невусов, причем 60% из них были меланоформными образованиями, а 40% постоянно подвергались повреждению, из них 15% осложненные кровотечением. Все операции были выполнены с использованием импульсного режима CO₂ лазера «Космопульс 25» (Корея). Длительность выполнения операции во всех случаях была не более 10±5 минут. Результаты. Интраоперационно при иссечении образований в пределах здоровых тканей отмечен хороший гемостаз, при почти полном отсутствии видимых термических повреждений, что позволило получить качественный материал для биопсии. В послеоперационном периоде у всех пациентов наблюдалось гладкое течение, заживление отмечали на 12-14 сутки, без формирования рубцов требующих эстетической и функциональной коррекции. В отдаленном периоде до 1-го года у всех пациентов продолженного роста и рецидива невусов не наблюдали, был хороший клинический и эстетический результат лечения.

Заключение. Наличие у пациентов детского возраста невусов, подверженных травматическому повреждению и особенно пигментных, является показанием к удалению с использованием импульсного режима CO₂ лазера в целях профилактики малигнизации, обеспечения абластики с возможностью качественной патоморфологической верификации диагноза.

С-ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ТЕЛОПЕПТИД КОЛЛАГЕНА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Иванова И.И., Коваль Н.Ю., Ильина А.А.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Актуальность. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – состояние, при котором у большинства детей встречаются изменения различной степени выраженности в тканях, имеющих мезенхимальное происхождение. К ним относятся собственно соединительная ткань, а также кости, хрящ, кровь. Рыхлая соединительная ткань содержит большое количество межучного вещества, включающего белковые волокна коллагена и эластина. Показателем деградации волокон считается уровень С-терминального телопептида (СТТ) коллагена 1 типа. Последний составляет более 90% органического матрикса кости.

Цель работы – оценить уровень С-терминального телопептида коллагена 1 типа у детей с ДСТ в сравнении с детьми без данного синдрома. Материалы и методы. У 85 детей школьного возраста определен уровень СТТ коллагена в сыворотке крови (β-Crosslaps тест). Из них 68 человек имели признаки ДСТ (1 группа), 17 человек – нет (2 группа). Наличие ДСТ и степень ее выраженности определялось по методике Т.И. Кадуриной.

Результаты и их обсуждение. По данным литературы, референтные значения СТТ коллагена существенно отличаются в зависимости от возраста и пола ребенка. Так, нижняя граница нормальных значений для разных подгрупп колеблется в пределах 0,048-0,326 нг/мл, верхний лимит составляет от 0,579 до 1,734 нг/мл. В связи с большим разбросом

нормативных значений сравнение средних показателей СТТ в группах и подгруппах не имело смысла. Были использованы приведенные показатели СТТ, рассчитанные в каждом отдельном случае в процентах к медиане нормальных значений для данного пола и возраста. Уровень СТТ в целом имел четкую зависимость от возраста пациентов: в младшей возрастной группе 7-9 лет значения СТТ были выше, в 10-13 лет ниже, в 14-17 лет еще ниже. Такая закономерность является отражением физиологических процессов у детей в период активного роста. Значит, оценку данного показателя нужно обязательно вести с учетом возраста пациентов, не используя для детей обобщенные нормативные значения. Темпы снижения СТТ с возрастом были ниже у детей с ДСТ. Так, в 2 группе без ДСТ у детей 17 лет данный показатель был в 2 раза ниже, чем у детей 7 лет. У представителей 1 группы с ДСТ аналогичный разброс составлял 1,5 раза. У пациентов с ДСТ значения СТТ были выше, чем у детей без ДСТ как в целом в группах (380% и 321% соответственно, $p < 0,05$), так и в отдельных подгруппах с учетом возраста. Различия в большей степени были выражены у детей старших возрастных групп. Уровень СТТ у пациентов с ДСТ превышал таковой у детей без ДСТ в 1,5 раза для возраста 10-17 лет и только на 16-18% в 7-9 лет. При выраженной ДСТ уровень СТТ составлял в среднем 397%, при умеренно выраженной ДСТ – 368%, т. е. в обоих случаях доминировали повышенные показатели, но без существенной разницы между этими группами. СТТ сыворотки крови – продукт распада коллагена 1 типа. Он служит прямым маркером костной резорбции, которая у детей обычно идет одновременно с процессом восстановления данной ткани. Выводы. Для детей с ДСТ характерны высокие показатели СТТ коллагена 1 типа, что отражает высокий уровень костного метаболизма основного белка межучного вещества соединительной ткани.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ПИОГЕННОЙ ГРАНУЛЕМЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Игнатъев Е.А., Васильева Т.М., Корчагина Е.В., Крылов А.Н.

Детская городская поликлиника №125, Москва

Пиогенная гранулема (ботриомикома) часто встречаемая опухоль кожи в детской практике. Вероятность ее осложненного течения требует активной хирургической тактики. В амбулаторных условиях имеются все условия для оказания специализированного лечения пиогенных гранулем. Наиболее часто используется метод электродеструкции и лазерной вапоризации гранулемы.

Целью работы явился сравнительный анализ лечения пиогенной гранулемы у детей в амбулаторных условиях на примере ГБУЗ «ДГП №125 ДЗМ». Достижение цели осуществлялось путем решения следующих задач: внедрение различных методов лечения пиогенной гранулемы в амбулаторных условиях; использование дистанционного наблюдения за оперированными детьми; анализ результатов и опрос пациентов или законных представителей после различных хирургических методов лечения; оценка практической значимости различных методов лечения. Материалы и методы: в работе проанализированы все случаи лечения пиогенной гранулемы в ГБУЗ «ДГП 125 ДЗМ» за период 2020-2021 гг. Выборка составила 29 человек. Средний возраст детей составил 9 лет. Все гранулемы были менее 8 мм, единичными, диагноз подтвержден при дерматоскопии. Чаще встречались гранулемы туловища (10), голова/шея (9) и конечностей (8). Для анализа все пациенты разделены на 3 группы в зависимости от способа хирургического лечения – в 1 группе выполнена электродеструкция гранулемы аппаратом «Сургитрон» (после иссечения гранулемы для обработки ложа использовался режим фульгурации мощностью от 2 до 5 Вт) – 10 человек, во 2 группе – лазерная вапоризация контактным волокном аппарата «Лакта-Милон» (лазерное излучение 970 нм, мощностью от 3 до 5 Вт) – 10 человек, в 3 группе – лазерное

воздействие через фокусирующую насадку аппарата «Лакта-Милон» (мощность луча 4 Вт, импульсный режим длительность импульса 0,5 сек, с интервалом 0,5 сек) – 9 пациентов. Все дети оперированы в амбулаторных условиях под местной анестезией исходя из возраста и локализации гранулемы. Группы сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты. Оценивались следующие показатели – длительность процедуры, боли на 1 сутки после операции, сроки заживления раны, косметический эффект. Все пациенты наблюдались в послеоперационном периоде с помощью разработанного нами онлайн-сервиса www.stop-haemangioma.online, где законные представители заполняли дневники наблюдения, осуществляли фоторегистрацию раны, отмечали по 10-балльной шкале уровень болевых ощущений (где 1 – минимальные ощущения, а 10 – сильная боль) и косметический эффект после выздоровления (где 1 – неудовлетворительный, 10 – отличный). При анализе получены следующие результаты. Длительность процедуры без учета анестезии и подготовки достоверно не отличались – в 1 группе составило в среднем 3 минуты, во 2 группе – 3,5 минут, в 3 группе – 4 минуты. Отмечались достоверные отличия в уровне боли в 1 сутки после операции – в 1 группе показатель боли – 4 балла, во 2 и 3 группе – 2 и 1 балл соответственно ($p < 0,05$). Сроки заживления раны были различны – от 4 дней в 3 группе и 5 дней во 2 группе до 7 дней в 1 группе (различия между 1 и 3 группой достоверны). Косметический эффект оценен как хороший во всех случаях (в среднем 9 баллов). При дистанционном наблюдении после эпителизации дети приглашены на контрольный осмотр, все пациенты выписаны с выздоровлением. При катанезе от 1 года до 3 месяцев рецидивов не выявлено, осложнений нет.

Выводы – исходя из полученных результатов, считаем, что любой из методов хирургического лечения может быть использован. Однако при наличии технических возможностей и достаточного опыта врача, учитывая лучшее течение послеоперационного периода, предпочтительнее использовать лазерную деструкцию гранулемы сфокусированным лучом.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ

Ильина А.Я., Мищенко А.Л., Ворона Л.Д., Мартынов А.А., Ахалова Е.А., Рогова А.С.

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

Актуальность. Проведение гемостазиологического исследования у детей в течение первого месяца жизни имеет мотивацию, связанную как с наследственной тромбофилией (НТ), так и с осложненным соматическим, акушерско-гинекологическим анамнезом матерей в течение гестационного периода, которые определяют в итоге условия развития и состояние здоровья плода, а также риск реализации у новорожденных детей тромбгеморрагических осложнений.

Группы исследования. Новорожденные дети у женщин с НТ. I группа – дети без тромбгеморрагических осложнений (N=30). II группа – дети с венозными тромбозами (N=30). III группа – с ВЧК (N=30).

Результаты исследования. Диагноз «наследственная тромбофилия» у женщин был поставлен на основании определения факторов тромбогенного риска: постоянных (первичных) – генетических и клинических, и вторичных. Среди постоянных клинических факторов тромбогенного риска у женщин отмечался синдром вегетативной дистонии. А среди временных – токсикоз, преэклампсия, угроза прерывания беременности, а также аднексит, кольпит, ОРВИ и инфекция мочевой системы, причем преимущественно у женщин, родивших детей с венозными тромбозами. Данное обстоятельство определило высокий процент оперативного

родоразрешения путем кесарева сечения преимущественно у женщин I и II групп (57% и 60% соответственно). У детей исследуемых групп методом ПЦР (полиморфизмы генов системы гемостаза) преимущественно определялся гомозиготный вариант гена PAI-1. При этом у детей I группы чаще – гетерозиготный вариант гена FXII, у детей II группы – гетерозиготные варианты генов MTRR, MTR, FBC, а у детей III группы – гомозиготный вариант гена MTRR и гетерозиготные варианты генов MTHFR, FXIII. Состояние здоровья новорожденных детей в исследуемых группах определялось в 100% случаев диагностикой внутриутробной гипоксии и ишемии мозга. При этом, у детей I группы у каждого второго диагностировалась МФН (47%), у детей II группы в 100% случаев врожденная пневмония и венозные тромбозы (левой долевой вены воротной вены печени), а у детей III группы в 100% случаев ВЧК (субдуральные и внутримозговые) и у каждого третьего конъюгационная желтуха и экхимозы. Нами установлено, что тромбоцитоз отмечался у детей I группы в 21% случаев, у детей II группы также в 21% случаев наряду с тромбоцитопенией (16%), а у детей III группы в 70% случаев, что можно объяснить реализованным локальным тромбозом при отсутствии потребления тромбоцитов, или при их потреблении в случае выявления тромбоцитопении. Гемостазиологическими эквивалентами относительно выраженного потенциала свертывания крови у детей трех групп явились: повышение показателей АЧТВ, ПИ и фибриногена. О повышенном потенциале свертывания крови по данным ТЭГ у детей I группы свидетельствовало: хронометрическая (70%) и структурная (30%) гиперкоагуляция, тромбоцитопатия (42%) и маркеры фибринообразования (28%). У детей II группы также отмечалась хронометрическая гиперкоагуляция (70%), повышение угла альфа (75%), снижение функциональной и агрегационной активности тромбоцитов (по 75% соответственно) на фоне повышения их коагулянтной активности (75%), что свидетельствует о коагулопатии и выраженной гиперкоагуляции в первую очередь. А для детей III группы определяющими показателями ТЭГ были: снижение показателя агрегационной (АДФ-агрегация) активности тромбоцитов (87%), как отражение снижения гемостатической функции крови и увеличение показателя ристомидин-кофакторной активности (27%), свидетельствующего о повышенном внутрисосудистом свертывании крови. Следует отметить, что тромбинемия, маркерами которой являются фибрин-мономеры, была характерна только для детей III группы (10%).

Таким образом, прогноз реализации тромбгеморрагических осложнений у детей, родившихся у женщин с наследственной тромбофилией, во-первых, определяется своевременным выявлением первичных и/или вторичных факторов тромботического риска, во-вторых, выявлением генетических полиморфизмов системы гемостаза, в-третьих, определением клинических эквивалентов на фоне измененных основных гемостазиологических показателей: количества и функции тромбоцитов, показателей плазменного звена, а также показателей тромбозаграфического исследования, с целью определения повышенного потенциала свертывания крови.

СИНДРОМ ЭПИЛЕПСИИ, ПОТЕРИ СЛУХА И УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кожанова Т.В., Жилина С.С., Мещерякова Т.И., Лукьянова Е.Г., Осипова К.В., Айвазян С.О., Прытько А.Г., Заваденко Н.Н.
Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Эпилептическая энцефалопатия характеризуется повторяющимися судорогами, которые сопровождаются выраженным интеллектуальным дефицитом, двигательными нарушениями и другими клиническими



проявлениями, влияющими на развитие ребенка. Полноэкзомное секвенирование (ПЭС) у детей с нарушением развития позволило выявить варианты нуклеотидной последовательности в гене SPATA5 (MIM: #613940), ассоциированные с микроцефалией, судорогами и врожденной потерей слуха (MIM:#616577) [4,5]. Tanaka et al., 2015, Kurata et al., 2016 и Buchert et al., 2016 описали 30 пациентов с умственной отсталостью, микроцефалией, гипотонией, спастичностью, судорогами, нейросенсорной потерей слуха и корковыми нарушениями зрения.

Цель: описание клинического случая наблюдения пациента с редким генетическим синдромом и выявленными компаунд гетерозиготными вариантами в гене SPATA5.

Материалы и методы. Клиническое и инструментальное обследование: с целью описания клинической картины заболевания проведена подробная фенотипическая оценка, видео-ЭЭГ-мониторинг, МРТ головного мозга. Молекулярно-генетическое исследование проводилось методом NGS (полноэкзомное секвенирование). У родителей пациента получено информированное согласие на проведение генетического тестирования. Результаты. В психоневрологическом отделении ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ» наблюдался мальчик, 7 мес., с диагнозом эпилепсия, синдром Веста, синдром мышечной дистонии, задержка психомоторного развития. Фенотипические особенности: ребенок развивается с задержкой психомоторного развития с рождения. В сознании. Осмысленный контакт затруднен. Очень беспокойный. Дистонические атаки. Микрокrania. Низкий рост волос. Короткие глазные щели с густыми прямыми ресницами. Интерес к окружающему кратковременный. Взгляд не фиксирует, за предметом не прослеживает. Целенаправленных движений нет. Мышечный тонус дистоничен, с тенденцией к гипертонусу, выше в верхних конечностях, D=S. Задержка психомоторного развития. Голову не держит. При тракции за руки не группируется, не переворачивается, не сидит. Дистонические гиперкинезы. Нарушение слуха (на голос матери не реагирует). При проведении полноэкзомного секвенирования выявлены компаунд гетерозиготные варианты нуклеотидной последовательности в гене SPATA5 (с. 1714+1G>A; с. 1678G>A). Мутации в гене SPATA5 описаны у пациентов с «Синдромом эпилепсии, потери слуха и умственной отсталости» (Epilepsy, hearing loss, and mental retardation syndrome; MIM#616577). Родители являются носителями по одному гетерозиготному варианту.

Выводы. Варианты нуклеотидной последовательности в гене SPATA5 приводят к развитию эпилептических расстройств в 3% случаях. Клиническое наблюдение демонстрирует исследования Buchert et al., 2016, Kurata et al. 2016 и Tanaka et al. 2015 и показывает, что мутации в гене SPATA5 являются причиной развития судорог, задержки развития, характерного фенотипа и потери слуха, что имеет важное значение для определения тактики генетического тестирования, медицинского сопровождения и медико-генетического консультирования.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ КОЛИК У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Козловский А.А., Стринадко Ю.С.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Актуальность. Функциональные расстройства пищеварения занимают центральное место в структуре патологии органов пищеварения у детей первого года жизни. Одним из проявлений функциональных нарушений являются младенческие колики, которые могут быть как самостоятельным состоянием и возникать у практически здорового ребенка, так и относиться к числу симптомов заболеваний желудочно-кишечного тракта разной этиологии. Более чем у половины детей раннего возраста младенческие колики протекают с выраженными

проявлениями, что является причиной беспокойства родителей и нарушает психологический климат в семье.

Цель. Изучить частоту встречаемости младенческих коликов у детей первого года жизни и выявить факторы риска их развития.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 60 матерей, воспитывающих детей первого года жизни и проживающих в областных центрах Беларуси (г. Гомель и г. Могилев). Анкетирование включало в себя клинические признаки и факторы, предрасполагающие к развитию младенческой колики. Статистическую обработку материалов осуществляли с помощью прикладного пакета Microsoft Excel 2016 и программы Statistica 6.0 с применением основных методов описательной статистики. Для сравнения признаков был использован критерий Стьюдента, достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Функциональные расстройства пищеварения были выявлены у 55 детей (91,7%). Младенческие колики встречались у 44 детей первого года жизни (80%), причем достоверно чаще у мальчиков (27 человек – 61,4%) по сравнению с девочками (17 человек – 38,6%) ($p < 0,02$). Известно, что функциональные расстройства пищеварения у детей первого года жизни редко встречаются изолированно, характерно сочетание нескольких вариантов расстройств пищеварения. У детей достоверно чаще диагностировались сочетанные варианты функциональных расстройств пищеварения, по сравнению с изолированными младенческими коликами (84,1% и 15,9% соответственно; $p < 0,001$). Отмечались следующие варианты функциональных расстройств пищеварения: младенческая колика + функциональный запор + младенческая регургитация – у 20 младенцев (54,1%), младенческая колика + младенческая регургитация – 15 детей (40,5%), младенческая колика + функциональный запор – у 2 детей (5,4%). Наиболее часто у детей факторами риска развития младенческой колики служили: токсикоз беременности (21 случай – 47,7%), позднее прикладывание новорожденного к груди матери (21 случай – 47,7%), заболевание матери во время беременности (17 случаев – 38,6%), недоношенность (16 случаев – 36,4%), пищевая аллергия у матери и/или ребенка (15 случаев – 34,1%), дисбактериоз кишечника у ребенка (13 случаев – 29,5%), антибактериальная терапия во время беременности (12 случаев – 27,3%), оперативное вмешательство во время родов и масса тела при рождении ребенка менее 3000 г (по 11 случаев – по 25%).

Выводы. По данным проведенного исследования, у детей первого года жизни, проживающих в Беларуси, регистрируется высокая частота функциональных расстройств пищеварения, среди которых ведущая роль принадлежит младенческой колике. Младенческая колика достоверно чаще встречается у мальчиков по сравнению с девочками. Установлена высокая частота комбинированных вариантов функциональных расстройств пищеварения (84,1%). Наиболее значимыми факторами риска развития младенческих коликов у детей первого года жизни являются: токсикоз беременности, позднее прикладывание новорожденного к груди матери, заболевания матери во время беременности, недоношенность, пищевая аллергия у матери и/или ребенка. Выявленные факторы риска говорят о необходимости усиления профилактической работы в женских консультациях и родильных домах с целью снижения функциональных расстройств пищеварения у детей первого года жизни.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ГИПЕРАММОНИЕМИИ

Колчина А.Н., Халецкая О.В., Борисова В.Н.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Период новорожденности и ранний возраст являются критическими для дебюта большей части наследственной патологии. Гипераммониемия (ГА) – это патологическое состояние, связанное с резким повышении-

ем уровня аммиака в плазме крови, влекущее за собой нарушение функций всех систем организма, прежде всего, центральной нервной системы (ЦНС). Дебют ГА чаще всего возникает внезапно, проявляя себя прежде всего нарушениями в работе нервной системы: синдром угнетения ЦНС различной степени тяжести вплоть до летаргии и комы. Другими частыми проявлениями ГА являются судорожный синдром и рвота. ГА может иметь как первичный, вследствие нарушения цикла мочевины, так и вторичный характер, при органических ацидуриях, нарушениях β -окисления жирных кислот. Другой, причиной ГА, является транзиторное повышение уровня аммиака, возникающее вследствие воздействия внешних факторов – незрелость ферментативных систем печени у новорожденных, голодание, резкая потеря массы тела, тяжелые инфекции и связанный с ними гиперкатаболизм.

Цель работы: определить клинические особенности дебюта гипераммониемии у новорожденных и детей раннего возраста в зависимости от уровня повышения аммиака и возрастных периодов.

Материалы и методы. Было обследовано 20 пациентов с синдромом ГА. Критерии включения: наличие синдрома ГА, возраст детей до 3 лет. Критерии исключения: отсутствие синдрома ГА, возраст старше 3 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: группа с транзиторной ГА и группа с ГА, обусловленной наследственными болезнями обмена веществ (НБО). В первой группе количество пациентов составило 12 (67%), во второй 8 (33%). ГА в периоде новорожденности была выявлена в 9 случаях, у детей старше 1 месяца – в 11. В каждой из этих групп были выделены возрастные периоды: новорожденные дети и дети от 1 месяца до 3 лет. Определение уровня аммиака проводилось с использованием портативного аммониметра по протоколу производителя. Подтверждение НБО проводилось с помощью метода тандемной масс-спектрометрии (ТМС) и молекулярно-генетических методов. Статистическая обработка данных: IBM SPSS Statistics.

Результаты. В группе новорожденных детей количество пациентов с НБО и с транзиторной гипераммониемией было примерно одинаковым (4 и 5 пациентов соответственно). Но, медиана возраста при ГА обусловленной НБО составила 4 (2; 15) дня, а в случае с транзиторной гипераммониемией 14 (9; 24) дней. В группе детей старше 1-го месяца количество пациентов с НБО составило 4 случая, число пациентов с транзиторной гипераммониемией – 7 случаев. В группе детей старше 1 месяца, дебют ГА, обусловленной НБО приходился на 121 (76-227) день, а транзиторной ГА на 87 (52-114) день. Относительно встречаемости у детей старше 1 месяца отмечается тенденция к более частому выявлению транзиторной ГА, нежели ГА обусловленной НБО (7 случаев против 4 случаев соответственно). Основными синдромами в клинической картине ГА были: синдром угнетения, рвоты, судорожный синдром. Синдром угнетения средней степени 6 пациентов (30%), угнетение тяжелой степени наблюдалось в 4 случаях (20%) и в 5 отмечалось коматозное состояние (25%). При исследовании уровня аммиака в дебюте заболевания, максимальные значения у пациентов с НБО были статистически значимо выше ($p=0,050$), чем у пациентов с транзиторной ГА (Ме 286,0 мкмоль/л (198,5-286,0 мкмоль/л) и 116,00 мкмоль/л (97,25-123,35 мкмоль/л) соответственно). Также, выявлено, что максимальный уровень аммиака у пациентов в коматозном состоянии статистически значимо выше (340,0 мкмоль/л; 286-947 мкмоль/л), $p=0,028$. Корреляционная связь между степенью угнетения и максимальным уровнем аммиака, оцененная с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена была статистически значимой ($p=0,720$; $p=0,001$), имела прямое направление и отличалась высокой теснотой по шкале Чеддока. Выводы. В периоде новорожденности синдром ГА, обусловленный НБО, имеет более ранний возрастной дебют по сравнению с синдромом транзиторной ГА. Синдром ГА, обусловленный НБО, дебютирует чаще в раннем неонатальном периоде, в то время, как синдром транзиторной ГА чаще диагностируется после 7 дня жизни, преимущественно на 2-ой неделе жизни ребенка. В результате исследования было определено, что синдром угнетения ЦНС является одним из наиболее встречающихся

в структуре клинических проявлений ГА и коррелирует с уровнем аммиака в крови ($p=0,720$; $p=0,001$). Это подтверждает необходимость своевременной диагностики и лечения ГА для предупреждения развития тяжелого неврологического дефицита.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ПЕРЕДАЧЕ В ЗАМЕЩАЮЩИЕ СЕМЬИ

Кочерова О.Ю., Филькина О.М., Антышева Е.Н.

Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова, Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Одной из основных задач социально-демографической политики России в настоящее время является передача детей из государственных учреждений и неблагополучных семей на воспитание в замещающие семьи. Наиболее охотно усыновляют и берут под опеку детей раннего возраста. Однако адаптация приемных детей в семье проходит не всегда благоприятно, нередки случаи возврата детей в дома ребенка, особенно вследствие низких показателей их здоровья и личностных особенностей опекунов. Это обуславливает необходимость изучения этих показателей в период адаптации в замещающих семьях (ЗС).

Цель исследования – на основании изучения динамики состояния здоровья детей раннего возраста в замещающих семьях, данных социально-биологического анамнеза и психологических характеристик родителей выделить факторы риска неблагоприятной адаптации детей. Материалы и методы. Объектом лонгитудинального исследования явились 65 детей раннего возраста в период передачи в замещающую семью и через год адаптации в замещающей семье (ЗС) и 130 их приемных родителей. Проводилось клиническое обследование детей, анализ медицинской документации, опрос замещающих родителей с использованием разработанной структурированной клинико-статистической карты. Личностные особенности родителей изучали по методике МИНИ-СМИЛ (Л.Н. Собчик, 2002). Относительный риск (ОР) различных факторов рассчитывался в программе OpenEpi с определением 95%-го доверительного интервала (95% ДИ).

Результаты исследования. Выделены три типа течения адаптации: благоприятный, условноблагоприятный и неблагоприятный. Течение адаптации считалось неблагоприятным, если через год воспитания в ЗС у ребенка раннего возраста отмечались: отрицательная динамика резистентности, физического и нервно-психического развития, появление или усугубление течения расстройств психологического (психического) развития (F80-89), невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (F40-48), эмоциональных расстройств и расстройств поведения (F90-98). При анализе данных социального, биологического анамнеза, психологических характеристик приемных родителей выявлены факторы риска неблагоприятной адаптации детей раннего возраста в приемной семье. Наиболее значимыми факторами риска неблагоприятной адаптации являлись: 3 группа здоровья ребенка при передаче ребенка в ЗС (ОР 7,5; ДИ 1,2-49,5), отсутствие компенсации перинатального поражения центральной нервной системы (ОР 3,9; ДИ 1,1-14,3), отставание нервно-психического развития на 3-4 эпикризных срока (ОР 2,7; ДИ 1,2-6,04) и замкнутость, аутизация (ОР 1,9; ДИ 1,1-3,3) у ребенка до передачи в замещающую семью, а также лишение биологических родителей родительских прав (ОР 2,6; ДИ 1,3-5,3). Со стороны приемной семьи факторами риска являлся доход на члена семьи ниже прожиточного минимума (ОР 1,8; ДИ 1,1-3,06), воспитание одной матерью (ОР 1,8; ДИ 1,1-3,06), недостаточное время, уделяемое ребенку приемной матерью (менее 3 часов в день) (ОР 2,05; ДИ 1,3-3,4) и гипертимные черты характера у нее (ОР 1,9; ДИ 0,9-4,1).

Выводы: выделены факторы риска неблагоприятной адаптации детей

турации у детей с патологией лимфоглоточного кольца, поступивших на аденотомию и аденотонзиллотомию легкая степень синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) была выявлена у 23 пациентов, средняя степень СОАС – у 2 пациентов и у одного пациента – тяжелая степень СОАС. Таким образом, по данным ночной компьютерной пульсоксиметрии у детей, поступающих на оперативное вмешательство по поводу гипертрофии аденоидных вегетаций II-III ст и небных миндалин II-III ст, легкая степень апноэ сна выявлена в 31,1% случаев; средняя степень – в 4,4% случаев, а тяжелая – в 2,2% случаев; у детей, поступающих на оперативное вмешательство по поводу гипертрофии аденоидных вегетаций III ст, наиболее часто выявлялась легкая степень апноэ сна (20%).

Следовательно, необходимо целенаправленное обследование пациентов с патологией лимфоглоточного кольца с целью раннего выявления обструктивного нарушения дыхания во сне и оказания своевременной специализированной помощи.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОЙ ЦЕЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ

Кулаевская М.В., Мишанина Д.А., Трокина А.А., Гуменюк О.И., Балашова Е.В.

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

Первичная цилиарная дискинезия (ПЦД, синдром Картагенера) – редкое генетическое заболевание, обусловленное поражением подвижных структур клеток (реснички и жгутики).

Цель исследования – описание клинического случая синдрома Картагенера у пациента 13 лет.

Пациенты и методы. Проведен анализ истории болезни пациента мужского пола 13 лет с синдромом Картагенера.

Результаты. Первые симптомы заболевания отмечались на первом году жизни и проявлялись частыми острыми респираторными инфекциями, сопровождающимися кашлем, торпидным к терапии ринитом, обструктивным синдромом, экссудативными отитами. Из анамнеза обращали на себя внимание факты внутриутробной гибели плода у матери пациента. Диагноз ПЦД идентифицирован в возрасте 11 месяцев на основании анамнеза, характерных клинических признаков, наличия декстрокардии (левосформированного, праворасположенного сердца с зеркальной инверсией камер), подтвержденных данными инструментального обследования. В дальнейшем ежегодно диагностировалась пневмония, 2-3 раза в год – обструктивный бронхит, формирование кондуктивной тугоухости. Постоянно получает бронхолитическую и муколитическую ингаляционную терапию.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует необходимость детального обследования пациента с частыми острыми респираторными заболеваниями, резистентными к терапии ринитами, экссудативными отитами, в т. ч. для исключения синдрома Картагенера.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ НАРУЖНОГО ГРИБКОВОГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Кунельская В.Я., Ивойлов А.Ю., Шадрин Г.Б., Мачулин А.И.
Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

Цель исследования: провести оценку эффективности местных противогрибковых препаратов при лечении наружного грибкового отита у детей.

Объекты и методы. В период с 2015–2020 г. произведено обследование и лечение 207 пациентов в возрасте от 4 мес. до 17 лет с диагнозом наружный отит. Исследование выполнено на базе НИКИО им. Л.И. Свержевского в ЛОР отделение ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского.

Материалы и методы. Диагностика детей была основана на проведении клинического обследования, осмотра ЛОР-органов с применением отомикроскопии, микробиологического исследования (микологического и бактериологического).

Результаты исследования. При проведении анализа результатов комплексного обследования 207 детей с клиническими признаками наружного отита, грибковое воспаление было диагностировано у 33 (15,9%) детей. При выполнении микроскопии у данной группы больных выявлены грибы рода *Aspergillus*, *Candida* и *Geotrichum*. При проведении культуральных методов исследования патологического материала на элективных средах у 22 детей отмечали рост плесневых грибов *Aspergillus niger*, у 10 детей выявлен рост дрожжеподобных грибов рода *Candida* (*C. albicans* – у 4 детей, *C. parapsilosis* – у 4 детей, *Candida* spp. – у 2 детей). У одного ребенка выявлен рост диморфного гриба *Geotrichum capitatum*. Основные жалобы на момент обращения: выделения из уха у всех 33 пациента, зуд в ухе у 29 детей, боль в ухе у 9 детей, заложенность ушей у 29 детей. У 33 (15,9%) пациента с грибковым поражением наружного слухового прохода клиническая картина была представлена казеозно-некротическими массами в просвете слухового прохода, инфильтрацией кожи наружного слухового прохода, а также явлениями мирингита. Беловато-черные казеозные массы, напоминающие промокшую газету, выявлены у 22 детей с аспергиллезным воспалением (24 уха), у 10 детей с кандидозным воспалением (11 ушей) отделяемое носило беловато-желтый характер, а у одного ребенка с ростом гриба *Geotrichum capitatum* – определялось плотное по консистенции отделяемое желтовато-серого цвета. Полученные результаты микологического исследования нами учитывались при назначении местной противогрибковой терапии. У 23 детей с высевом плесневых и диморфных грибов для проведения местной противогрибковой терапии нами использовался 1% раствор нафтифина. Данный препарат нами применялся как для проведения туалета уха, так и для проведения аппликаций на турундах кратностью 2 раза в сутки с экспозицией до 15 минут. Продолжительность курса лечения составила 1 месяц. У 10 детей с ростом дрожжеподобных грибов рода *Candida* нами использовался 1% раствор клотримазола. Данный препарат нами применялся для проведения туалета уха и выполнения аппликаций на турундах кратностью 2 раза в сутки с экспозицией до 10 минут. Продолжительность курса лечения составило 1 месяц. При оценке эффективности проведенной терапии к 14 дню лечения при выполнении отомикроскопии у всех детей наблюдалось отсутствие грибковых масс в просвете слухового прохода. После окончания курса лечения в повторных посевах роста грибковой культуры не выявлено. Катамнестический период наблюдения составил от 3 месяцев до 3 лет. За данный период наблюдения установлен рецидив заболевания у одного ребенка с постоянным ношением слуховых аппаратов. Данному ребенку был проведен повторный курс местными противогрибковыми препаратами. За время наблюдения в течение 2 лет рецидива грибкового заболевания не выявлено.

Выводы. Таким образом, для проведения местной противогрибковой терапии обязательным условием является оценка результатов микологических исследований полученных из очага грибкового воспаления. К наиболее высокоэффективным местным противогрибковым препаратом в терапии наружного грибкового отита у детей вызванного плесневыми и диморфными грибами является 1% раствор нафтифина, тогда как при наружном грибковом отите, вызванном грибами рода *Candida*, целесообразно использовать 1% раствор клотримазола. Результаты эффективности терапии оцениваются на основании клинического излечения по истечению полного курса терапии, с обязательным подтверждением отрицательных результатов при выполнении повторных микологических исследований.



БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ У ДЕТЕЙ СО СТОЙКОЙ ТУБАРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю., Яновский В.В.

Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского, Москва

Цель исследования. Исследование результативности применения баллонной дилатации слуховой трубы у детей со стойкой дисфункцией слуховой трубы.

Материалы и методы. Обследовано и пролечено 50 детей со стойкой дисфункцией слуховой трубы. У 38 из них патологии в перитубарной зоне не выявлено. При проведении акустической импедансометрии определялся тип «В» с двух сторон, акустические рефлексы не регистрировались. По данным тональной пороговой аудиометрии (ТПА) отмечено повышение порогов воздушного звукопроводения до 55 дБ. 18 детям в связи с возрастными особенностями ТПА не проведена. Всем детям ранее была выполнена аденотомия с одномоментным или последующим шунтированием барабанных полостей в различных клиниках. Однако после экструзии (или удаления) шунтов диагностирован рецидив заболевания. Этим детям в условиях общего обезболивания мы выполнили повторное шунтирование барабанных полостей с одномоментной баллонной дилатацией слуховой трубы (БДСТ). 12 из 50 детей старшего школьного возраста предъявляли жалобы на периодически возникающую заложенность ушей более 2 лет, острые средние отиты в анамнезе. Патологии со стороны носоглотки также не выявлено, при тимпанометрии определялся тип «С» тимпаногаммы с отклонением пика в сторону отрицательного давления до 200 даПа. При проведении ТПА определялось повышение порогов воздушного звукопроводения до 35 дБ. Проба Тойнби – отрицательная, Вальсальвы положительная у данных пациентов. В условиях общего обезболивания этим детям была выполнена БДСТ с двух сторон.

Результаты. После шунтирования барабанных полостей 38 пациентам нами транстимпанально нагнетались лекарственные препараты. Отмечено, что до проведения БТ требовалось приложить значительно большее усилие для нагнетания препарата, чем после вмешательства. У 14 детей в настоящее время отмечена экструзия шунтов, жалоб нет, при проведении акустической импедансометрии отмечен тип «А» тимпаногаммы с двух сторон, акустические рефлексы присутствуют. По данным ТПА слух в пределах возрастной нормы. Остальные 24 ребенка наблюдаются в нашей клинике. У 12 детей, предъявлявших жалобы на заложенность ушей положительный эффект был отмечен через 14-20 дней – пациенты отметили отсутствие заложенности ушей и нормализацию слуха по субъективной оценке. При проведении ТПА слух в норме, на тимпаногамме у 6 детей отмечен тип «А» с двух сторон, у 6 тип «А» с одной стороны, тип «С» с другой, но с меньшим отклонением в сторону отрицательного давления (до 100 даПа) по сравнению с данными обследования до вмешательства. Простые качественные пробы положительные.

Выводы. БДСТ показала свою эффективность. Данный метод является перспективным направлением в лечении стойкой дисфункции слуховой трубы и может быть рекомендован к дальнейшему использованию у детей с данной патологией.

О ФОРМИРОВАНИИ НАВЫКОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Курьлёва М.А., Кирицина И.А.

Пермская государственная фармацевтическая академия, Пермь

Введение: в настоящее время проблемы лекарственной безопасности и фармацевтической грамотности населения становятся более актуальными ввиду распространения самолечения и зарегистрированного

роста показателей отравлений лекарственными препаратами (ЛП), в том числе среди детей. С целью формирования начальных навыков здоровьесбережения у детей в рамках образовательного процесса реализуется достаточное количество мероприятий, направленных на воспитание культуры здоровья и безопасное поведение в различных ситуациях (дома, на улице и т.п.), однако образовательные технологии, направленные на развитие навыков безопасного обращения с ЛП, не находят достаточного отражения в тематике образовательного процесса. Вышесказанное обуславливает необходимость методической разработки вопросов фармацевтического просвещения детей, начиная с дошкольного возраста при осуществлении педагогической деятельности.

Цель: определить организационные мероприятия для формирования начальных навыков фармацевтической безопасности (ФБ) у детей дошкольного возраста с учетом возрастных (психологических) особенностей детей.

Материалы и методы: с использованием методов опроса и наблюдения в процессе сюжетно – ролевых игр проведен анализ поведения детей 5-7 лет (247 человек) в отношении их знаний и навыков относительно правил безопасного обращения с ЛП; проведена оценка профессиональной компетентности педагогических работников (43 человека) по вопросам, связанным с формированием навыков ФБ у детей в образовательно-воспитательном процессе.

Результаты: установлено, что подавляющее большинство педагогических работников (90%) отмечают необходимость формирования навыков ФБ у детей дошкольного возраста, однако чуть более половины респондентов (52%) знакомы с правилами ФБ детей и 67% обсуждают эту тему с родителями/законными представителями. Анализ показал, что около половины педагогических работников (43%) испытывают потребность в повышении профессиональной компетентности в части вопросов, связанных с ФБ. Установлено, что в качестве источников получения медицинской и фармацевтической информации 39% педагогических работников используют Интернет, 35% интересуются у медицинских работников, 17% – на специальных курсах по повышению квалификации, 5% – от фармацевтических работников и 4% – из рекламы в СМИ. Стоит отметить, что согласно комментариям педагогических работников, информация, полученная на специальных курсах по повышению квалификации, как правило, касается профилактических прививок и основ здорового образа жизни, при этом специфическая информация о правилах безопасного обращения ЛП в рамках повышения квалификации педагогов, как правило, не обсуждается. Анализ поведения дошкольников показал, что большинство детей (90%) соблюдают основные правила ФБ, однако 10% респондентов считают возможным брать ЛП из шкафчика/со стола, 14% ответили, что «иногда можно принять повышенную дозу витаминов», 11% считают нормой «лечить» друг друга настоящими ЛП. В ходе опроса и наблюдения установлено, что большинство (87,7%) детей при недомоганиях сообщают об это взрослым (родителям или воспитателям в образовательных учреждениях), однако 12,3% опрошенных считают возможным подойти к аптечке и взять ЛП, которые «мама давала/использовала в прошлый раз». Нами определены основные организационные мероприятия, направленные на оптимизацию фармацевтического просвещения дошкольников с позиции ФБ, в числе которых: -междисциплинарный практикум специалистов фармацевтического и педагогического профиля (круглый стол «Два специалиста») с целью разработки методологии организации фармацевтического просвещения детей дошкольного возраста; -семинар-тренинг для педагогических работников, направленный на совершенствование профессиональной компетентности педагогов путем формирования дополнительной профессиональной компетенции – готовность педагогического работника к фармацевтическому просвещению детей и их родителей/законных представителей в рамках дошкольного образования детей; -проведение тематических родительских собраний, направленных на мотивацию родителей в формировании навыков ФБ у детей.

Вывод. Практическое внедрение образовательных мероприятий в образовательно – воспитательный процесс позволит сформировать навыки ФБ с позиций минимизации фармацевтических и фармакотерапевтических рисков для здоровья детей. Анализ существующей ситуации актуализирует необходимость дальнейшей совместной работы специалистов фармацевтического и педагогического профиля в данном направлении.

ПРОФИЛАКТИКА МЕТЕОПАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

Лян Н.А., Хан М.А., Уянаева А.И., Чукина И.М.

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, СКК «Вулан» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва

Актуальной проблемой педиатрии является разработка технологий медицинской реабилитации детей с бронхиальной астмой. Высокая чувствительность детей с бронхиальной астмой к погодно-климатическим условиям, а также развитие у них патологических реакций на неблагоприятную погоду обосновывают проведение исследований, посвященных разработке методов лечения с использованием природно-климатических факторов, а также методов профилактики метеопатических реакций у таких детей.

Целью исследования было изучение биоклиматического потенциала курорта Геленджик и разработка методов профилактики метеопатических реакций у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе СКК «Вулан» (г. Геленджик). Особенности влияния биотропных погодных условий и развитие метеопатических реакций были изучены у 119 детей с бронхиальной астмой в возрасте от 5 до 15 лет. Оценка биоклиматического потенциала проводилась с использованием автоматизированной системы медико-метеорологического прогнозирования погоды. Основную группу составили 95 детей, которые получали процедуры дозированной климатотерапии в комплексном санаторно-курортном лечении, 24 ребенка группы сравнения получали только санаторно-курортное лечение. Климатопроцедуры (дозированные воздушные и солнечные ванны) назначались по щадящему и щадяще-тренирующему режимам. Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования дали возможность оценить медико-климатический потенциал территории санатория «Вулан» по сезонам года, дать характеристику погодных условий наиболее благоприятных для проведения климатолечения. Автоматизированный медико-метеорологический мониторинг метеорологических условий, внедренный в работу санатория «Вулан», позволил выявить наиболее неблагоприятный погодный фактор, влияющий на общее самочувствие состояние и способствующий возможному развитию метеопатических реакций. Анализ проведенного анкетирования и динамики клинко-метеорологических показателей выявил, что метеозависимость отмечалась у всех детей с бронхиальной астмой, средней степени тяжести встречалась в 47,9% случаев, легкой тяжести – у 26,9% детей. На фоне проводимой дозированной климатотерапии в комплексном санаторно-курортном лечении выявлена выраженная положительная динамика проявлений метеочувствительности у большинства детей (82,1%), а также отмечалось изменение тяжести метеопатических реакций. Выявлено достоверное улучшение функции внешнего дыхания, показателей психологического теста САН, $p < 0,05$. Заключение. Мониторинг климатических и погодных условий с применением современных технологий является важным условием для

дальнейшего развития и повышения эффективности климатолечения в детской практике. Усовершенствованные и научно-обоснованные технологии дозирования климатолечебных процедур, включаемые в программы санаторно-курортного лечения детей с бронхиальной астмой, позволяют значительно снизить частоту метеопатологических реакций.

РОЛЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Максимьяк Л.А., Котлукова Н.П.

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

Врожденные пороки сердца у детей являются актуальной проблемой здравоохранения. Они занимают третье место по частоте встречаемости среди пороков развития, могут отличаться тяжелым клиническим течением с формированием сердечной недостаточности, легочной гипертензии и других осложнений. В настоящее время известно об участии матриксных металлопротеиназ (ММП), их тканевых ингибиторов (ТИММП) и индуктора (CD147) в процессах ремоделирования миокарда у взрослых. Однако остается неизученной их роль в патогенезе врожденных пороков сердца (ВПС) у детей.

Цель исследования: определение значимости компонентов протеолитической системы матриксных металлопротеиназ в качестве маркеров ремоделирования миокарда с целью улучшения комплексной диагностики врожденной патологии сердца у детей первого года жизни. Для реализации поставленной цели выполнены следующие задачи: определены референсные значения ММП-1, ММП-2, ММП-3, ММП-9, ММП-13, ТИММП-1, ТИММП-4 и CD147 в крови у детей первого года жизни без гемодинамически значимой патологии сердца. Установлена возрастная динамика лабораторных показателей. Оценены концентрации изучаемых маркеров при ВПС, их связи с эхокардиографическими данными. Материалы и методы. В исследование включены 20 детей без гемодинамически значимой патологии сердца и 37 пациентов с ВПС в возрасте от 1 до 11 месяцев, получавших обследование в перинатальном кардиологическом центре городской клинической больницы № 67 им. Л.А. Ворохобова. ВПС носили характер «бледных» с гипертрофией в малом круге кровообращения, среди них преобладали единичные дефекты межжелудочковой перегородки различных размеров (медиана (Me) = 7 мм). Дети без гемодинамически значимой патологии сердца составили группу сравнения. Их показатели использованы для определения референсных значений лабораторных маркеров. Пациентам проводилось развернутое эхокардиографическое исследование, методом иммуноферментного анализа (ИФА) определялись концентрации ММП-1, ММП-2, ММП-3, ММП-9, ММП-13, ТИММП-1, ТИММП-4, CD147 в сыворотке крови. Обработка данных проводилась с помощью методов непараметрической статистики.

Результаты. Впервые были установлены референсные значения для компонентов протеолитической системы матриксных металлопротеиназ у детей в возрасте 1-11 месяцев. Определены Me и интерквартильный размах (диапазон значений между 25 и 75 перцентилиями): ММП-1 Me = 0 пг/мл (0-1284 пг/мл), ММП-2 Me = 121,49 нг/мл (99,04-147,27 нг/мл), ММП-3 Me = 2,7 нг/мл (1,18-4,64 нг/мл), ММП-9 Me = 67,14 нг/мл (52,49-77,9 нг/мл), ММП-13 Me = 243,27 пг/мл (10,7-3235,26 пг/мл), ТИММП-1 Me = 18501,2 пг/мл (13320,45-21209,4 пг/мл), ТИММП-4 Me = 0 пг/мл (0-0 пг/мл), CD147 Me = 1076,59 пг/мл (552,47-3135,74 пг/мл). Полученные данные могут быть использованы в качестве нормативных при проведении будущих исследований. Выявлено связанное с возрастом снижение концентрации ММП-2 (наличие отрицательной корреляции с возрастом в месяцах $r = -0,57$, $p = 0,008$). Эта особенность свидетельствует



ет об участии фермента в процессах активного роста и дифференцировки тканей у ребенка первого года жизни. Концентрация ММП-1 у детей с ВПС коррелирует с конечным диастолическим размером ($r = 0,33$, $p = 0,045$) и конечным диастолическим объемом левого желудочка ($r = 0,33$, $p = 0,045$). ММП-9 имеет прямую связь с Z-score конечного систолического размера ЛЖ (КСР, $r = 0,37$, $p = 0,023$). Это может свидетельствовать о том, что дегградация волокон межклеточного вещества, осуществляемая под действием этих протеаз, способствует увеличению размеров левого желудочка. У детей с единичными дефектами межжелудочковой перегородки выявлена прямая корреляция между размером дефекта и уровнем ММП-2 ($r = 0,41$, $p = 0,049$), которая говорит о возможном участии фермента в патогенезе порока. Согласно нашим данным, концентрация ММП-2 снижается с возрастом. Сохраняющиеся повышенные уровни протеазы могут являться маркером нарушений процессов эмбриогенеза, приводящих к возникновению дефектов перегородки, и использоваться в комплексной диагностике порока.

Выводы. На основании проделанной работы можно сделать заключение об участии ММП в процессах ремоделирования миокарда при ВПС у детей первого года жизни. Продолжение изучения настоящих показателей является перспективным для совершенствования знаний о патогенезе пороков, разработки новых диагностических методов и лекарственных средств, прогнозирования течения заболеваний.

ПОЗВОНОЧНО-СПИНОМОЗГОВАЯ ТРАВМА В СТРУКТУРЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОТ РЕМНЯ БЕЗОПАСНОСТИ У ДЕТЕЙ

Максумов А.А., Исхаков О.С.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Введение. Для безопасной перевозки детей используются специализированные удерживающие устройства (ДУУ): детские кресла, бустеры с фиксацией стандартным трехточечным или пятиточечным ремнем безопасности (РБ). Неправильное использование средств безопасности (присоединение обычных ремней, несоответствие удерживающего устройства возрасту ребенка, фиксация поясной лямкой) может приводить к тяжелым травмам. Многообразие сочетанных, многоуровневых и множественных повреждений, их отсроченные клинические проявления, неполная инструментальная диагностика приводят к 25-37% поздним выявлениям повреждений. К примеру, в случае повреждения органов брюшной полости и необходимости срочного хирургического вмешательства, нет возможности выполнить в полном объеме диагностический этап, оценить неврологический статус и выполнить томографическое исследование. С другой стороны, сдавливание РБ практически всегда способствует травматизации и возможной ишемии стенки кишки, отсроченной перфорации и перитониту. В некоторых случаях, некроз стенки кишки и перфорации возникали через 12-24 часа после травмы, осложняя течение заболевания. В отношении нестабильных повреждений позвоночного столба используются общепринятые принципы фиксации, но в большинстве случаев при seat-belt-повреждениях нет компрессии невралжных структур, что существенно влияет на сроки оперативного вмешательства. При наличии других сочетанных повреждений возникает проблема последовательности оперативного лечения.

Идея. Изучить особенности позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) в структуре сочетанных повреждений у детей, пострадавших в ДТП с использованием РБ и ДУУ.

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения детей с ПСМТ, полученной от РБ при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП). Материалы и методы. Исследование включало группу пациентов НИИ НДХиТ с 2011 по 2020 год, в возрасте от 3 до 17 лет ($N=91$), получивший ПСМТ в сочетании с другими повреждениями внутренних органов

в ДТП. I группа: дети были фиксированы при помощи РБ и ДУУ ($N=53$). II группа: дети не были фиксированы ($N=38$). Средний возраст пациентов составил 12 лет. В ряде случаев ремни безопасности использовались без соблюдения правил фиксации и не соответствовали возрасту и росто-весовым параметрам ребенка. Дети дошкольного и младшего школьного возраста сидели без специального ДУУ и фиксировались зачастую только трехточечным ремнем или только поясной лямкой. Для оценки стабильности переломов позвоночника использовали шкалу Dennis. Для оценки неврологических нарушений использовали шкалу ASIA. Провели сравнение групп по возрасту, тяжести, характеру и уровню ПСМТ. Оценивали особенности сочетанных повреждений, конкурирующих с ПСМТ в разных возрастных группах. Тяжесть состояния оценивали по шкале ISS. Оценивали особенности и сроки проведенного оперативного лечения ПСМТ, трудности и ошибки.

Результаты. Тяжелые ведущие повреждения, конкурировавшие с ПСМТ, определяли течение и лечебную тактику, а также исходы лечения. У фиксированных детей наиболее часто отмечалась характерная травма живота – 39% с повреждением, разрывами и даже отрывом кишечника. Часто отмечалась тяжелая травма органов грудной клетки – 17%. Количество пациентов с нестабильной травмой позвоночника составило 80%, с осложнённой травмой позвоночника – 56%. Выявлены дети с неврологическим дефицитом и повреждением SCIWORA – 2,4%. У большей части детей, фиксированных РБ, развивалось характерное флексивно-дистракционное повреждение заднего и среднего опорного комплекса позвоночного столба позвоночника. При фиксации ДУУ развивалось многоуровневое повреждение позвоночника с повреждением невралжных структур спинного мозга в средне грудном отделе позвоночника. В группе нефиксированных детей среди ведущих повреждений чаще отмечалась тяжелая черепно-мозговая травма (17,5%) и тяжелая скелетная травма (13%) в сочетании с ПСМТ. Среднее количество койко-дней до операции по поводу ПСМТ в группе I было в 2 раза выше, чем в группе нефиксированных детей, получивших схожую по тяжести ПСМТ.

Обсуждение. Тяжелая сочетанная травма у детей после ДТП с использованием средств фиксации определяет состояние ребенка в первые дни и недели, маскирует ПСМТ, затрудняет диагностику и возможность оказания ранней хирургической помощи при ПСМТ. Частой причиной сочетанной ПСМТ по типу seat-belt является неправильное использование ремней безопасности, несоответствие фиксирующего устройства возрасту и росто-весовым показателям ребенка.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Маранджян А.О., Курбанова С.Х., Глазырина А.А.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) – хроническое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся системным иммуновоспалительным поражением жизненно важных органов. В патогенезе основная роль отводится гиперпродукции органоспецифических аутоантител к собственным клеткам с развитием иммуновоспалительного повреждения тканей. Особенность СКВ – многообразие дебютов заболеваний и разнообразие клинических проявлений. Поражение кожи – наиболее часто является первым признаком СКВ. Кожные проявления разнообразны, требуют исключения большого круга заболеваний.

Идея. На основе данного клинического случая анализировать дебют и клиническую картину СКВ.

Цель. Провести анализ клинического случая трудного диагноза СКВ. Материалы и методы. Из анамнеза заболевания известно, что девочка 11 лет больна с 31.05.20 появились жалобы на отек 1 пальца левой стопы, синюшность и болезненность при движениях. 02.06.20 появилась сыпь по типу крапивницы на спине. Принимала полисорб. В последующем

высыпания на спине регрессировали, появились на конечностях, затем на шее и на лице. 19.06.20 некоторое улучшение, но после принятия водных процедур 20.06.20 кольцевидная сыпь появилась на всем кожном покрове. Поступила в Морозовскую ДГКБ с предварительным диагнозом: аллергический васкулит. При поступлении состояние тяжелое. На кожных покровах сливная гемморагическая сыпь на ногах. Эритема на лице. Яркие ладони с явлениями капиллярита. Выраженная мышечная слабость. Мышечный тонус снижен. Температура тела 37 °С, АД 140/90. В общем анализе крови от 27.06.21: гемоглобин 98 г/л, лейкоциты 3.80 10⁹/л, лимфоциты 44%, тромбоциты 138 10⁹/л, СОЭ 108 мм/ч. Биохимия крови. Гипергаммаглобулинемия (Ig класса G – 1828,00 мг/дл, Ig класса M – 294,00 мг/дл, Ig класса A – 190,80 мг/дл). Гипокомплементемия. Общий анализ мочи: протеинурия 3 г/л, гематурия (эритроциты измененные 10-20 в п/зр). Волчаночный антикоагулянт (количественный) не обнаружен, ревматоидный фактор положительный. Выявлено повышение антител к двуспиральной ДНК 200 МЕ/мл (норма до 20 МЕ/мл), АНФ 5500 – качественным методом. Пункция костного мозга: без патологических изменений. Реакция Кумбса прямая от 14.08.20 положительная. УЗИ органов брюшной полости от 02.07.2021: В полости малого таза определяется около 170 мл однородной свободной жидкости. Патологических образований в брюшной полости не выявлено. Компьютерная томография органов грудной полости: КТ-картина двусторонних полисегментарных интерстициальных изменений в дорсальных отделах легких, малого двустороннего выпота в плевральную полость. Ультразвуковое исследование плевральной полости: эхографические признаки умеренного двустороннего гидроторакса. Эхокардиография: Небольшой пролапс митрального клапана. Полости сердца не расширены. Нарушения систолической функции не выявлено. Перегородки интактны. Структура и функция клапанов не изменены. Дополнительная трабекула левого желудочка. Патологической сепарации листов перикарда нет. Ребенок консультирован: неврологом, отоларингологом, кардиологом. Заключение кардиолога: вторичная артериальная гипертензия у ребенка с СКВ, гломерулонефритом.

Результат. Особенностью представленного клинического случая является своевременная диагностика, что поможет избежать жизнеугрожающих осложнений.

Обсуждение. В процессе обследования, на основании жалоб, данных анамнеза, клинического наблюдения и результатов обследования, был выставлен диагноз «Системная красная волчанка, высокая степень активности, тяжелое течение (лихорадка, центробежная эритема, гемморрагическая сыпь, астенический и миопатический синдром, полисерозит, нефрит, Кумбс-положительная гемолитическая анемия, лейкопения, тромбоцитопения)». Клинический диагноз подтвержден иммунологическими исследованиями, выявлены высокие титры АТ к двуспиральной ДНК, АНФ. С учетом установленного диагноза пациентке назначена иммуносупрессивная терапия преднизолоном и плаквенилом, проведена пульс-терапия метилпреднизолоном, с заместительной целью ИГВВ, в/в введение циклофосфамида (№2), ритуксимаба № 4. На фоне проводимой терапии состояние с улучшением, купированы лихорадка, кожный синдром, проявления полисерозита, отеочного синдрома, достигнута нормализация АД и ЧСС, отмечается уменьшение суточной протеинурии, нормализации лейкоцитов и тромбоцитов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕБЮТА И ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА УДЛИНЕННОГО ИТЕРВАЛА QT

Михайловская Е.Г., Лепусева И.В., Иго О.Л.

Детская республиканская больница, Петрозаводск

Актуальность. Синкопе распространенный симптом в практике детского врача. Выделяют: эпилептические, нейрогенные, цереброваскулярные,

ортостатические, кардиогенные обмороки. Кардиогенные обмороки могут быть грозным симптомом тяжелой патологии сердечно-сосудистой системы: гипертрофической кардиомиопатии, структурной патологии миокарда, аритмогенных нарушений. Аритмогенные синкопе возникают у пациентов с измененным ритмом сердца, механизм развития заключается в неадекватном выбросе крови из желудочков сердца вследствие ускоренного, либо резко замедленного сердечного ритма. Один из синдромов, характеризующийся рецидивирующими синкопе, является синдром удлиненного интервала QT (LQTS). LQTS – это генетически гетерогенное наследственное состояние, характеризующееся нарушением структуры и функции ионных каналов кардиомиоцитов. В результате этого процессы реполяризации миокарда происходят неравномерно и неодновременно в различных частях желудочков, что становится причиной удлинения интервала QT на электрокардиограмме (ЭКГ). Возрастает чувствительность миокарда к влияниям симпатической нервной системы, что становится причиной тахиаритмий, способных приводить к жизнеугрожающим фибрилляциям желудочков. Выраженность проявлений от практически бессимптомного течения (выявляются только ЭКГ-признаки) до значимых нарушений: обмороков, аритмий, внезапной сердечной смерти.

Цель. Описание клинического случая дебюта и течения синдрома удлиненного интервала QT (LQTS).

Пациенты и методы. Девушка 16 лет с впервые появившимися жалобами на эпизоды потери сознания чаще во время сна продолжительностью 2-3 минуты, при которых отмечалось сердцебиение, шумное дыхание, постепенное отключение сознания. Родители описывали ее во время приступа: открытые глаза, широкие зрачки, бледные кожные покровы. Со слов девочки, во время приступа она слышит, что происходит вокруг, затем засыпает.

Результаты. С данными жалобами осмотрена неврологом, проведено обследование: электроэнцефалограмма, патологии не выявлено. При контроле ЭКГ отмечено удлинение скорректированного интервала QT (QTc) – 610 мс, брадикардия. Рекомендован осмотр кардиолога. Впервые осмотрена кардиологом спустя 6 месяцев, на ЭКГ значимых нарушений не выявлено, QTc – 432 мс, приглашена на контрольный осмотр через 6 мес. В связи с сохраняющимися эпизодами потери сознания эпилептологом назначена терапия вольпроевой кислотой. На этом фоне приступы значительно реже 1 раз в 2-3 мес. Через 1 год 3 мес. от дебюта заболевания, для проведения полного кардиологического обследования направлена в Центр детской кардиологии и ревматологии ДРБ г. Петрозаводска. По результатам обследования, у девушки 17 лет, с рецидивирующими синкопальными состояниями впервые был заподозрен LQTS, удлинение QTc регистрировалось только в ортостазе и не отмечалось на поверхностных ЭКГ лежа, предполагалось, что данные изменения носят вторичный характер, поскольку имела также место некомпенсированная патология щитовидной железы. Показаний для назначения протекторной терапии В-адреноблокаторами на тот момент не было. Эндокринологом была назначена заместительная гормональная терапия левотироксином. В последующем приступы участились, эпилептологом проводилась коррекция дозы вольпроевой кислоты без значимого эффекта. При повторной госпитализации в Центр детской кардиологии и ревматологии ДРБ спустя 1 год 10 мес. от дебюта заболевания на поверхностных ЭКГ выраженная брадикардия с ЧСС – 48-52 в мин, удлинение QTc до 511 мс стоя, на 4 мин восстановительного периода после нагрузки 20 приседаний до 582 мс. При проведении суточного мониторирования ЭКГ зафиксированы 2 эпизода полиморфной желудочковой тахикардии с ЧСС от 136 до 195 в мин в ночные часы, 1 эпизод желудочковой мономорфной тахикардии с ЧСС 174 в мин также ночью. Диагноз LQTS, синкопальная форма не вызывал сомнений. С антиаритмической целью девочке назначена антиаритмическая терапия В-адреноблокаторами. Транспортирована в ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова, где по срочным показаниям ей был имплантирован кардиовертер-дефибриллятор (ИКД). Терапия В-адре-



ноблокаторами продолжена. В последующем в течение 6 мес. после имплантации ИКД на фоне антиаритмической терапии синкопальные состояния не рецидивировали, жалоб у девочки нет.

Заключение. Долгий путь к диагнозу откладывает вовремя начатое лечение, утяжеляя состояние пациента и дальнейший прогноз. Подход к диагностике и лечению пациентов с синкопе должен быть мультидисциплинарным.

ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ- ИШЕМИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

**Михеева И.Г., Курасова О.Б., Лопанчук П.А., Кузнецова Ю.А.,
Дубенок С.Ю., Беляева И.А., Ефимцева Е.А., Кругляков А.Ю.,
Яковлева А.А.**

*Российский научно-исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова, Морозовская детская городская клиническая
больница, Москва*

Микроциркуляторное русло и механизмы его регуляции формируются на этапе внутриутробного развития. Спазм и дилатация церебральных сосудов являются важными звеньями ауторегуляции мозгового кровотока, которая формируется к концу III триместра беременности. Механизмы ауторегуляции у глубоко недоношенных детей отсутствуют. У детей с разным сроком гестации эти процессы могут нарушаться при гипоксии-ишемии.

Цель – изучить состояние микрососудистого русла у новорожденных детей разного срока гестации с ГИП ЦНС с использованием онтогенетического подхода в оценке полученных результатов.

Материалы и методы. Обследовано 218 новорожденных, из них 198 детей с ГИП ЦНС: 50 детей 37-40 недель гестации, 85 детей 34-36 недель, 53 ребенка 30-33 недель, 10 детей 24-29 недель, 20 здоровых доношенных контрольной группы. Исследовали состояние МКЦ (микроциркуляции) бульбарной конъюнктивы у детей на 4 недели жизни методом биомикроскопии с помощью цифровой камеры VAC 135 с усиленной оптической системой, соединенной с ноутбуком, что позволило получить цифровые микрофотографии участков бульбарной конъюнктивы. Количественная оценка характеристик микрососудов проводилась с помощью пакета компьютерных программ (MICROCIRCUL 2006, CALIBRA, на базе MATLAB R2006a).

Результаты. У новорожденных с ГИП ЦНС 37-40 и 34-36 недель гестации отмечается повышение плотности микрососудистого русла по сравнению с показателями здоровых, а у детей 24-29 и 30-33 недель гестации с ГИП ЦНС резкое снижение ($p < 0,001$). Такое снижение плотности микрососудов, по-видимому, связано с отсутствием механизмов ауторегуляции микрососудистого русла у детей с низким сроком гестации, незавершенными процессами ангиогенеза, усугубляющимися в условиях гипоксии и ишемии. При исследовании функционирующих капилляров оказалось, что самое высокое число капилляров отмечалось у здоровых и у детей 37-40 недель гестации с ГИП ЦНС, а самое низкое количество функционирующих капилляров регистрировалось у новорожденных 24-29 и 30-33 недель гестации. По числу капилляров новорожденные 34-36 недель гестации занимали промежуточное положение. Т. о. при увеличении срока гестации нарастает количество функционирующих капилляров. Известно, что количество функционирующих капилляров регулируется резистивными сосудами – артериолами 1-го порядка и пре- и посткапиллярами. При увеличении артериол 1-го порядка увеличивается количество капилляров. Самый высокий процент резистивных сосудов регистрировали у новорожденных 24-29 и 30-33 недель гестации. Причем у детей в этих группах количество капилляров в ответ на увеличение артериол 1-го порядка должно быть

самым высоким с позиций регуляции капиллярного кровотока, а оно оказалось самым низким. Такой неадекватный ответ функционирующих капилляров на увеличение микрососудов резистивного типа, возможно, связан с отсутствием резерва нефункционирующих капилляров, который мог бы включиться в микроциркуляцию, а также нарушением процессов ангиогенеза и ауторегуляции, усугубляющихся под воздействием гипоксии. К концу неонатального периода КИ (коэффициент извитости) микрососудов у детей 24-29 и 30-33 недель гестации был самым низким среди всех обследованных, т. е. извитость микрососудов была максимальной. Причем, при снижении срока гестации у детей КИ уменьшался, т. е. извитость микрососудов нарастала. Эти изменения, вероятно, связаны с процессами роста и дифференцировки микрососудов. В исследованиях было показано, что с увеличением срока гестации нарастает количество гладкомышечных клеток в стенке сосудов и общая длина микрососудов, но функциональная зрелость таких микрососудов еще невелика, что и приводит к увеличению их извитости. По мере уменьшения срока гестации неравномерность калибра артериол и венул нарастала и достигала самых высоких значений у детей 24-29 и 30-33 недель гестации с ГИП ЦНС. Т. о. у детей 24-29 и 30-33 недель гестации микрососуды не обеспечивают в полной мере необходимый уровень регуляции капиллярного кровотока, о чем свидетельствует высокая степень неравномерности их калибра.

Заключение. Проведенные исследования у детей с ГИП ЦНС выявили зависимость глубины микрососудистых нарушений от срока гестации при рождении. Наиболее выраженные микрососудистые нарушения выявлены у новорожденных с ГИП ЦНС со сроком гестации 24-29 и 30-33 недель. Важным аспектом оценки морфофункциональных изменений микрососудистого русла у новорожденных разного гестационного возраста с ГИП ЦНС является онтогенетический подход к анализу выявленных нарушений.

РИНИТЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Молчанова Е.Б., Юнусов А.С.

*Национальный медицинский исследовательский центр
оториноларингологии ФМБА России, Москва*

Подростковый возраст является пятым критическим периодом в развитии ребенка. Он характеризуется целым рядом особенностей патологии: происходит инволюция аденоидной ткани; тяжесть атопических болезней у многих подростков ослабевает; окончательно формируется сильный и слабый тип иммунного ответа; меняется спектр возбудителей хронических воспалительных заболеваний – в нем начинают превалировать стафилококки, атипичные формы возбудителей, энтеробактерии, условно патогенные возбудители; нарастают аутоиммунные болезни, сопряженные с хроническим недостатком носового дыхания; формируются хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и сердечно-сосудистой системы. Течение заболевания, а также подбор адекватных методов лечения у подростков могут осложняться употреблением алкоголя, курением и приемом контрацептивных препаратов. Цель: анализ 343 наблюдений затрудненного носового дыхания у детей 12-18 лет для разработки наиболее оптимального подхода к лечению данной патологии.

Обсуждение результатов. К числу наиболее распространенных патологий полости носа, проявления которых чаще всего приходится на подростковый период относится гипертрофия нижних носовых раковин. Гипертрофия нижних носовых раковин является одним из признаков целого ряда заболеваний носа: вазомоторного ринита, гипертрофического ринита, аллергического ринита, компенсаторная гипертрофия (при искривленной перегородке носа). Основным признаком гипертрофии нижних носовых раковин является затруднение носового дыхания, которое может носить временный или постоянный характер в зависимости от степени гипертрофии

слизистой оболочки полости носа. При не резко выраженной гипертрофии слизистой оболочки полости носа больные жалуются на попеременное закладывание то одной, то другой половины носа. В лежачем положении у больного закладывает ту половину носа, на стороне которой он лежит. При выраженной гипертрофии нижних носовых раковин затруднение носового дыхания носит более постоянный характер. При гипертрофии носовых раковин отмечается наличие отделяемого из носа различного характера и интенсивности. При небольшом охлаждении, перемене температуры в ответ на действие умеренных раздражителей, в том числе психоэмоционального характера имеет место симптом «закладывания носа». При гипертрофии нижних носовых раковин отечная слизистая оболочка может закрывать устья околоносовых пазух. Это способствует возникновению синуситов, тогда ребенок жалуется на затруднение носового дыхания, отделяемое из носа, на головные боли. При гипертрофии задних концов нижних носовых раковин воспалительный процесс распространяется на слуховые трубы, что приводит к нарушению функций слуховых труб, с последующим проникновением инфекции в полость среднего уха и развитием различных форм среднего отита и снижению слуха. Гипертрофия передних концов нижних носовых раковин иногда ведет к нарушению проходимости слезно-носовых каналов, вследствие чего возникает слезотечение, дакриоцистит, конъюнктивит. Немаловажную роль в развитии гипертрофии нижних носовых раковин играют механические препятствия воздушной струе, в основе которых лежат особенности строения полости носа. При сочетании гипертрофии нижних носовых раковин с деформацией перегородки носа тяжесть течения заболевания усугубляется. Деформации перегородки носа в зависимости от их происхождения можно разделить на три группы: «физиологические», травматические и наследственные. В подростковом возрасте наблюдается значительное увеличение травматических повреждений носа. Чем длительнее у ребенка имеет место деформация перегородки носа, тем более выражены, становятся патологические изменения нижних носовых раковин и функций носа, а соответственно увеличивается количество жалоб больных. Условно можно выделить три направления в лечении гипертрофии нижних носовых раковин: 1) консервативные методы, при которых используются различные лекарственные препараты; 2) физиотерапевтические методы; 3) хирургические методы. В подростковом возрасте, когда манифестация большинства заболеваний связана с гормональной перестройкой растущего организма, хирургическая активность в отношении внутриносовых структур должна быть тщательно обоснована и носить максимально щадящий характер.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ДЕЛЕЦИИ 22Q11

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

Синдром делеции 22q11 (22q11DS) – общий термин, описывающий различные клинические фенотипы. Это наиболее частый синдром микроделеции у людей. Частота встречаемости составляет от 1:3000 до 1:6000, мужской и женский пол поражается в равной степени. Более 90% случаев – это делеции *de novo*. Семейные случаи регистрируются у 10% пациентов, тип наследования аутосомно-доминантный. 22q11DS имеет очень широкий фенотипический спектр: лицевой дисморфизм; ВПС, врожденная расщелина неба, гипоплазия тимуса; иммунодефицит; гипоплазия паращитовидных желез; неспособность к обучению; психические расстройства; пороки развития почек, глаз и скелета; потеря слуха; аномалии гортани [1]. В настоящее время признано, что 22q11.2DS включает фенотипы, ранее описанные как синдром Ди Джорджи, велокардиофациальный синдром, синдром конотрункальной аномалии лица, некоторые случаи аутосомно-доминантного синдрома Опица и кардиофациальный синдром Кейлера. Термин Ди Джорджи применим к случаям делеции 22q11.2 хромосомы с иммунными дефектами.

В классическом понятии этот синдром представляет собой комплекс симптомов: патология лицевого скелета, ВПС, иммунодефицит вследствие гипоплазии (аплазии) тимуса и гипокальциемии вследствие гипоплазии паращитовидных желез [2].

Цель: представляем случай ранней диагностики и особенностей проявления синдрома Ди Джорджи у ребенка первого года жизни с учетом variability клинической картины.

Материалы и методы. История развития ребенка и медицинская карта стационарного больного Антона Д. в возрасте одного года, находившегося на лечении в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска.

Результаты. Из анамнеза известно, что ребенок родился от первой беременности в сроке гестации 40 недель, массой 2970 г, ростом 49 см. Оценка по шкале Апгар 8/8. Мать, 20 лет, инвалид детства 3 группы (умственная отсталость легкой степени, ВПС ДМЖП, состояние после оперативного лечения). Беременность протекала с осложнениями: гестоз в 8 и 12 недель, протеинурия, анемия, гестационный пиелонефрит, хроническая фетоплацентарная недостаточность, гнойный фарингит, хламидиоз. Из родильного зала ребенок переведен в ОАиР. Были выявлены множественные пороки развития: ВПС: нерестриктивный большой подаортальный ДМЖП 9мм, легочная гипертензия, НК 1-2 А ст., пиелозктазия и гидроуретер слева, гипоплазия мозолистого тела, стигмы развития лица (низко посаженные деформированные ушные раковины, гипертелоризм, микрогнатия, монголоидный разрез глаз). На седьмые сутки жизни у ребенка развился однократный эпизод клонических судорог на фоне гипокальциемии (Са 1,37 ммоль/л) и гипомагниемии (Mg 0,74 ммоль/л). При дальнейшем обследовании у ребенка выявлены двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс, вторичный хронический пиелонефрит, очаговая трахеомалация, колобома радужки слева, паховая грыжа. В возрасте двух месяцев было проведено оперативное лечение: пластика ДМЖП заплатой. Во время операции была обнаружена гипоплазия тимуса, отсутствие его правой доли. Ребенок был осмотрен генетиком, выставлен диагноз: МВПР, синдром Ди Джорджи? В возрасте 3 месяцев было проведено молекулярно-цитогенетическое исследование FISH с применением локус-специфического ДНК-зонда, выявлена микроделеция локуса q11.2 на 22 хромосоме. При КТ органов грудной клетки – гипоплазия тимуса, правая доля не визуализировалась. В иммунограмме отмечалось снижение CD3+. На первом году жизни ребенок перенес левостороннюю верхнедолевую сегментарную пневмонию, дважды – острый обструктивный бронхит, 4 эпизода острого гнойного среднего отита. При обследовании матери ребенка, инвалида детства, имевшей умственную отсталость легкой степени и ВПС, также был подтвержден синдром Ди Джорджи.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует комплекс не только трех наиболее значимых проявлений синдрома Ди Джорджи (ВПС, гипоплазия тимуса, гипокальциемические судороги), но и другие фенотипические признаки, характерные для синдрома делеции 22q11 – лицевой дисморфизм, пороки развития мочевыводящих путей, глаз, трахеомалация.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ НА КОНТРОЛЬ СИМПТОМОВ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Муртазаева О.А., Зайцева С.В., Зайцева О.В., Локшина Э.Э., Томилова А.Ю.

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

Достижение контроля над заболеванием – основная цель при лечении детей с аллергической патологией. Недостаточный контроль симптомов заболевания может быть связан с большим спектром причин. В последние годы отмечается увеличение детей с тяжелым течением атопического



дерматита. В связи с этим изучают различные факторы, которые могут быть ответственны за этот рост, в том числе возможное влияние депрессии, как следствие повышения уровня тревожности у детей. Тревожность является устойчивой личностной характеристикой человека.

Цель. Провести сравнительное исследование уровня тревожности и уровня депрессии у детей с атопическим дерматитом.

Материалы и методы. Нами были обследованы 28 детей в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст 14 лет) с тяжелым ($n=12$) и легким ($n=16$) течением атопического дерматита, находившихся на стационарном лечении в ФГБУ ФНКЦ детей и подростков ФМБА России. Обследование включало общеклинические методы, для диагностики психосоматических расстройств был использован опросник генерализованного тревожного расстройства (GAD-7) и опросник для диагностики наличия и тяжести депрессии (PHQ-9).

Результаты. В ходе проведенного исследования выявлено, что у детей с тяжелым течением АД имел место средний 58% ($n=7$) и высокий 42% ($n=5$) уровень тревожности. У детей с легким течением АД установлено, что 81% ($n=13$) пациентов имеют низкий уровень тревожности, 19% ($n=3$) детей имеют средний уровень тревожности. Достоверной разницы по уровню тревожности среди мальчиков и девочек выявлено не было. Таким образом, у детей с тяжелым течением АД более высокий уровень тревожности, чем у детей с легким течением АД. Пациенты, страдающие АД тяжелого течения, более тревожно оценивали свое будущее и степень социальной защищенности. Нами так же проведено исследование уровня депрессии у детей с тяжелым и легким течением Атопического дерматита ($n=28$ детей). В ходе тестирования детей выявлено, что у всех пациентов с тяжелым течением АД присутствует легкий уровень депрессии. У детей с легким течением АД был выявлен легкий уровень депрессии у 19% детей ($n=3$). Таким образом, в нашем исследовании у детей с тяжелым течением АД выявлена прямая корреляционная зависимость: между уровнем тревожности детей и уровнем депрессии. Дети с тяжелым течением АД достоверно чаще переживают отрицательные эмоции при восприятии окружающего мира. В результате проведенного нами исследования выявлено, что тяжелое течение атопического дерматита может быть обусловлено многими факторами, а также психологическими особенностями личности ребенка. Вместе с этим, страх развития обострения заболевания способствует формированию особых отрицательных эмоций, что ведет к депрессии. В результате создается порочный круг, в котором личностные особенности больного являются результатом тяжелого течения заболевания, а обострения заболевания нередко бывают следствием определенных отрицательных эмоций – депрессии. Это указывает на необходимость включения в комплекс лечебных мероприятий у детей с тяжелым течением АД консультации клинического психолога.

Выводы: тяжелое течение атопического дерматита определяет психологические особенности личности ребенка. 100% детей с тяжелым течением дерматита имеют высокий и средний уровень тревожности, что способствует формированию особых отрицательных эмоций и ведет к развитию депрессии. Дети с тяжелым течением заболевания нуждаются в консультации медицинского психолога и проведении реабилитационных мероприятий

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭВОЛЮЦИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Николаева С.В., Хлыповка Ю.Н., Медкова А.Ю., Шушакова Е.К.

*Центральный научно-исследовательский институт
эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва*

Цель: выявление эволюции клинико-эпидемиологических особенностей ОРВИ сочетанной этиологии у детей за последние 16 лет.

Пациенты и методы. Проанализированы данные обследования 3547 детей, находящихся на стационарном лечении по поводу острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) в 2002-2003 гг. (659 детей) и в 2017-2019 гг. (2888 детей). Этиологию ОРВИ определяли методами: ПЦР (исследование мазков и/или отделяемого слизистой полости рта, носа) с определением вирусов гриппа А и В, парагриппа, аденовируса, сезонного коронавируса, респираторно-синциального вируса. Для сопоставления клинической картины ОРВИ сочетанной этиологии в разные периоды времени был проведен ретроспективный анализ таковой в двух группах – 1 группа ($n=50$, 2002-2003 гг.) и 2 группа ($n=61$, 2018-2019 гг.).

Результаты. Доля расшифрованных ОРВИ в 2002-2003 гг. составила 61,7%, из них ОРВИ сочетанной этиологии – 20,9%. В 2018-2019 гг. доля расшифрованных ОРВИ увеличилась и составила 26,1% ($p<0,001$). В 2018-2019 гг., по сравнению с 2002-2003 гг., стали регистрировать ранее неизученные бокавирус, метапневмовирус, ВГЧ6А/В. Грипп как этиологический агент утратил свои позиции ($p<0,001$), уступив место риновирусу ($p<0,001$); аденовирус стал регистрироваться в 3 раза реже ($p<0,005$), парагрипп – почти в 2 раза реже ($p<0,005$); а РСВ, напротив, стали выявлять несколько чаще ($p>0,05$). На современном этапе наблюдалась более равномерная госпитализация детей с ОРВИ в течение года без четкой сезонности в холодное время, произошедшая на фоне возрастания активности риновирусной инфекции, характеризующейся круглогодичной циркуляцией, а также сокращения числа случаев гриппозной инфекции (наиболее активной в осенне-зимний период). Среди госпитализированных с ОРВИ сочетанной этиологии в указанные временные периоды не выявлено изменений в возрастной структуре (преобладали дети до 5 лет) и в тяжести состояния. Клинические проявления ОРВИ сочетанной этиологии у госпитализированных детей в наблюдаемые годы характеризовались острым началом (у всех пациентов), повышением температуры (у 100% детей в 2002-2003 гг. и 95,1% детей в 2018-2019 гг.), катаральным синдромом (у всех пациентов). При более детальном изучении температурной реакции выявили, что температура не превышала 38 °С у 68% детей в 2002-2003 гг. и у 77,1% детей в 2018-2019 гг. ($p>0,05$), при этом гипертермию (выше 39,5 °С) чаще регистрировали в 2002-2003 гг. (42 против 16,4, $p<0,001$). Катаральные проявления (гиперемия зева, ринит) в сравниваемых группах детей регистрировали с одинаковой частотой. В 2018-2019 гг. реже регистрировали сухой и чаще – влажный кашель ($p<0,05$). Аускультативные изменения в легких (влажные и сухие хрипы) были более выражены у детей, госпитализированных в 2002-2003 гг. по сравнению с 2018-2019 гг. ($p<0,05$). На современном этапе отмечено уменьшение длительности лихорадки ($p<0,05$), катаральных проявлений в зеве ($p<0,001$) и аускультативных изменений (хрипов) в легких ($p<0,001$). В 2018-2019 гг. по сравнению с 2002-2003 гг. выявлено уменьшение развития бактериальных осложнений: частоты регистрации обструктивного бронхита в 4,5 раза ($p<0,001$) и пневмонии – в 4 раза ($p<0,001$), но 3,5 раза чаще стали регистрировать острый ларинготрахеит ($p<0,01$). Уменьшение доли пневмоний и бронхита в 2018-2019 гг. (по сравнению с 2002-2003 гг.) привело к более редкому назначению антибактериальной терапии, однако статистически значимой разницы получено не было – $p>0,05$.

Заключение. В настоящее время в подавляющем большинстве случаев за развитие ОРВИ сочетанной этиологии ответственны респираторные вирусы. Эти инфекции стали регистрировать чаще, чем 16 лет назад – у каждого четвертого ребенка, при этом лидирующие позиции занимает риновирусная инфекция. Вклад гриппа в ОРВИ сочетанной этиологии на современном этапе снизился, также как аденовирусной инфекции и парагриппа. Несмотря на смену этиологических факторов, изменения возрастной структуры больных детей не произошло – в основном, страдают дети младше 5 лет. Отмечено отсутствие четкой сезонности возникновения респираторных инфекций сочетанной этиологии, без привязки к холодному времени года. На современном этапе ОРВИ

сочетанной этиологии протекают легче – с менее выраженными температурной реакцией и аускультативными изменениями в легких, а также со снижением частоты развития бактериальных осложнений (пневмоний, обструктивных бронхитов), что обусловлено изменением их этиологической структуры.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПЕРОКСАЛУРИЕЙ

Обухова А.Н.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Детская городская клиническая больница №1, Нижний Новгород

Актуальность. Гипероксалурия широко распространена в детском возрасте. Дебют нарушения оксалатного обмена возможен, в том числе, и в неонатальном периоде. Известно, что персистирующая гипероксалурия может приводить к формированию тубулоинтерстициального нефрита, развитию мочекаменной болезни с потенциальным прогрессированием в хроническую болезнь почек. В связи с этим, актуальным является вопрос о влиянии гипероксалурии на функцию почек новорожденных детей.

Цель исследования. Изучить функциональное состояние почек доношенных новорожденных с гипероксалурией на основе определения скорости клубочковой фильтрации и уровня сывороточного креатинина. Пациенты и методы. Обследовано 50 доношенных новорожденных (17 девочек, 33 мальчика) с гипероксалурией, находящихся на обследовании и лечении в ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница №1» г. Нижнего Новгорода. Гипероксалурия регистрировалась во всех клинических анализах мочи, проводимых один раз в неделю, на протяжении всего периода новорожденности, что позволило принять полученные данные за диагностически значимые. Включенные в исследование дети были рождены на сроке гестации более 37 недель с весом более 2500 г. По степени зрелости соответствовали гестационному возрасту, который составил 38,0 [37,0; 40,0] недель. Средняя масса тела при рождении составила 3310,0 [2950,0; 3750,0] г. У всех детей отсутствовали врожденные аномалии мочевого выделительной системы, требующие хирургической коррекции, генетические и хромосомные заболевания, а также генерализованные формы перинатальных инфекций. Функциональное состояние почек оценивалось по скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формулам Schwartz-Lyon (2012 г) и Flanders Metadata (2014 г), и уровню сывороточного креатинина, как основного биохимического маркера гломерулярной фильтрации. Данные показатели определялись в раннем (5–8 день жизни) и в позднем (25–28 день жизни) неонатальных периодах. Статистическая обработка проводилась с использованием программы SPSS Statistics v. 23. 0. Определялись медиана и межквартильный интервал (25-й (Q1) и 75-й (Q3) процентиля). Различия считались достоверными при $p < 0,05$. **Результаты.** На протяжении всего периода новорожденности уровень креатинина крови соответствовал возрастным нормативам (0,50–0,75 мг/дл) у всех обследованных пациентов: в раннем неонатальном периоде – 0,52 [0,47; 0,64] мг/дл, в позднем неонатальном периоде – 0,52 [0,43; 0,57] мг/дл. СКФ в раннем неонатальном периоде, рассчитанная по формуле Schwartz-Lyon (2012 г), составила 35,7 [29,15; 42,92] мл/мин; по формуле Flanders Metadata (2014 г) – 30,6 [28,17; 35,59] мл/мин ($p=0,636$), что в обоих случаях соответствовало диапазону нормы. В позднем неонатальном периоде показатели СКФ также соответствовали возрастным нормативам: СКФ, рассчитанная по формуле Schwartz-Lyon, составила 37,15 [30,99; 41,82] мл/мин, по формуле Flanders Metadata – 30,81 [25,69; 34,67] мл/мин ($p=0,468$). Несмотря на более высокие значения СКФ, полученные при использовании формулы Schwartz-Lyon, достоверной разницы между СКФ, рассчитанной разными способами, выявлено не

было. У всех детей ($n=50$) СКФ соответствовала возрастной норме. **Выводы.** Гипероксалурия на протяжении всего неонатального периода не влияет на функциональное состояние почек доношенных новорожденных по данным скорости клубочковой фильтрации и уровню сывороточного креатинина.

РОЛЬ СЕРОШКАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА У ДЕТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Ольхова Е.Б., Топольник М.В., Тагирова А.Ю., Борисов С.Ю., Мукасева Т.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова, Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

Цель: уточнение серошкальной эхографической семиотики перекрута яичка (ПЯ) у подростков.

Задачи: проанализировать особенности сканирования в режиме серой шкалы; рассчитать количественный показатель для объективизации изменения формы яичка; доказать прогностическую значимость исходных серошкальных изменений паренхимы пораженного яичка; определить возможность и диагностическую информативность серошкальной визуализации whirpool-sign.

Материалы и методы. В исследование вошли 84 ребенка в возрасте от 13 до 17 лет 11 мес. 29 сут за период 2006–2020 гг. Большинство (70 случаев, 82%) составили мальчики 13–15 лет. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось по стандартной методике, на аппаратах экспертного и премиум-класса, без предварительной подготовки, непосредственно при поступлении пациента. Исследование всегда выполнялось как на стороне поражения, так и на контрлатеральной стороне, в режиме 2-х полей для максимально наглядного сопоставления эхоструктуры обоих яичек, с определением количественных и качественных характеристик ПЯ. Для объективизации изменения формы яичка предложен авторский «коэффициент округления» ko , рассчитываемый по формуле: длина яичка – толщина яичка $ko = \frac{\text{длина яичка}}{\text{толщина яичка}}$ с последующим сравнением полученных коэффициентов на стороне поражения и на контрлатеральной стороне.

Результаты и обсуждение. Эхографическая оценка состояния яичка в первые часы (6–12 (24) часа) после ПЯ наиболее сложна, поскольку выраженных изменений эхоструктуры паренхимы яичка еще нет, а шанс на сохранение гонады имеется только при раннем обращении пациента. «Округление» яичка при ПЯ – известный факт, однако субъективность оценки этого параметра заставила искать объективный критерий, в качестве которого и выступил предложенный ko . Из 84 собственных наблюдений ПЯ раннее поступление со скудным эхографическим представителем имело место в 52 случаях (62%). Только в 3 случаях заключение эхографического исследования было сомнительным, в остальных случаях УЗИ позволило точно дифференцировать патологию. Ложноположительных случаев не было. Расчет показателя ko показал, что он достоверно ниже на стороне поражения: для непораженного ko составил $0,474 \pm 0,007$ [0,344 – 0,642], для пораженного – $0,329 \pm 0,01$ [0,088 – 0,535], ($p < 0,05$). Для значения $ko < 0,34$ специфичность признака составила 100% при чувствительности 72%. Также 100%-ная специфичность типична для уменьшения ko на 0,1 и более на стороне поражения. Только в 2 наблюдениях ko на стороне поражения и на контрлатеральной стороне были одинаковыми. Во всех остальных случаях разница показателей составляла в абсолютном значении от 0,06 до 0,3. При более позднем поступлении подростков с ПЯ ($n = 32$) возможны 3 варианта выраженных серошкальных изменений паренхимы яичек: 1) диффузное равномерное понижение эхогенности паренхимы яичка с исчезновения дифференцировки структур яичка; 2) появление



анэхогенных нитевидной формы включений («черные нити») в паренхиме яичка; 3) неструктурность, мозаичность, диффузно-очаговые изменения паренхимы в виде чередования гипо- и гиперэхогенных участков неправильной формы («географическое» яичко). При выраженных изменениях паренхимы яичка ко составил $0,222 \pm 0,017 [0-0,444]$, что достоверно ниже, чем при сохранении экоструктуры яичка ($p < 0,05$). Динамическое наблюдение в отдаленные сроки после деторсии во всех случаях (32/84, 38%) выявило формирование склеротических изменений яичка. Патогномичный для ПЯ эхосимптом – непрямолинейный ход семенного канатика с формированием whirpool-sign (собственно заворота – «знака водоворота») в виде концентрической фигуры 1-2 см в диаметре с дилатированными до 2,5 мм венами в его структуре) удалось достоверно зафиксировать в режиме серой шкалы в 55 случаях (65%). При тугом завороте кровообращение в семенном канатике прекращается, что неизбежно приводит к исчезновению его четкой визуализации как в режиме ЦДК, так и в В-режиме.

Выводы. 1. Методом УЗИ с высокой точностью можно дифференцировать ПЯ. 2. В ранние сроки после ПЯ целесообразно применение авторского ко для объективизации изменений формы яичка. 3. Выраженные диффузные изменения паренхимы яичка (снижение эхогенности на фоне отсутствия дифференцировки структур, «черные нити») или появление «географического» рисунка) всегда прогностически неблагоприятны. 4. Whirpool-sign может быть дифференцирован в В-режиме по ходу семенного канатика и обладает 100%-ной специфичностью.

РОССИЙСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Павловская О.Г., Гладких О.А.

*Оренбургский государственный медицинский университет,
Оренбург*

Актуальность. Онкологические заболевания у детей являются одной из ведущих причин инвалидности и смертности. Их раннее выявление и своевременное персонализированное лечение с использованием высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе с применением препаратов «офф-лейбл», является задачей российского здравоохранения. Для этого необходимо иметь достоверные статистические данные для расчетов потребностей.

Цель. Изучить заболеваемость онкологическими заболеваниями детей Российской Федерации различных возрастных групп, их структуру, преимущественную локализацию.

Материалы и методы. Изучены данные государственной медицинской статистики по форме № 7 за 2019 г. Использованы данные Росстата о распределении умерших от злокачественных новообразований по полу и возрасту (форма № 5, таблица С51) и среднегодовой численности населения административных территорий России за 2019 г. Применены статистический и аналитический методы исследования.

Результаты. На конец 1 января 2020 года под диспансерным наблюдением в онкологических учреждениях России состояли 21 855 детей в возрасте 0-14 лет, 27 896 детей в возрасте 0-17 лет. Было выявлено 3 182 злокачественных новообразований у детей до 15 лет, что составило 0,5% всех впервые выявленных опухолей. В то же время, среди заболеваний лимфатической и кроветворной ткани доля детей в возрасте 0-17 лет составила 5,4%. Показатель заболеваемости достиг 12,3 на 100 000 детского населения в возрасте 0-14 лет, и 12,4 в возрасте 0-17 лет. 4,7% злокачественных новообразований у детей были выявлены активно. Показатель онкозапущенности составил 9,5%, одногодичной летальности 7,3%. Морфологическое подтверждение диагноза получено в 95,6% случаев. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями детского населения России (0-14 лет) удельный вес гемобластозов достиг 45,3%. Солидные опухоли встречались в 54,7%

случаев. Наиболее частыми их локализациями был головной мозг и другие отделы нервной системы (15,5%). В общей структуре онкологической заболеваемости детей удельный вес рака яичника составил 0,9%, яичка 0,7%. В России «грубый» показатель заболеваемости на 100 000 детского населения до 15 лет в 2019 г. составил 12,3 (0-17 лет 12,4). Максимальный уровень «грубого» показателя зафиксирован в возрасте 0-4 года и у мальчиков (17,4), и у девочек (16,2). За 2009-2019 гг. не наблюдается статистически значимого прироста суммарной онкологической заболеваемости. Максимальные показатели детской заболеваемости (0-17 лет) отмечены в Ненецком автономном округе (25,0), Санкт-Петербурге (19,6), Мурманской (18,1), Ярославской (17,8), Рязанской (16,8), Курской (16,4), Псковской (16,3) и Челябинской (16,2) областях. Стандартизованный показатель заболеваемости детского населения до 15 лет составил 12,3, у мальчиков 13,0, у девочек 11,5. За 10-летний период не наблюдается прироста стандартизованного показателя заболеваемости. Среди детского населения не наблюдается статистически достоверного увеличения риска заболеть злокачественными новообразованиями. В 2019 г. у детей до 15 лет было выявлено 1441 случай гемобластозов, «грубый» показатель заболеваемости на 100 000 детского населения составил 5,6, за 2009-2019 гг. статистически достоверного роста не отмечается. Стандартизованный показатель заболеваемости у мальчиков несколько выше (6,4), чем у девочек (4,7). В 2019 г. в России от злокачественных новообразований умерло 842 ребенка в возрасте 0-17 лет (показатель смертности 2,8 на 100 000 детского населения). Максимальные показатели смертности от злокачественных новообразований кроветворной и лимфатической ткани (0,88 на 100 000 детского населения), в том числе лейкемии (0,76); мозговых оболочек головного и спинного мозга (0,86). Кумулятивный риск умереть от злокачественного новообразования в возрасте 0-14 лет составил в 2019 г. 0,04%, в возрасте 0-17 лет 0,01%.

Заключение. Таким образом, в Российской Федерации проводится мониторинг заболеваемости онкологическими заболеваниями у детей, ведется раковый регистр, это позволяет планировать медицинскую помощь по профилю «детская онкология».

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КОСТНЫЕ САРКОМЫ

*Петриченко А.В., Тиганова О.А., Курдюков Б.В., Савлаев К.Ф.,
Иванова Н.М.*

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

Цель. Улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам, перенесшим заболевание костными саркомами на амбулаторном этапе наблюдения.

Задачи: 1. Определить декретированные сроки наблюдения. 2. Определить планирование объема диспансерного наблюдения. 3. Обосновать преимущество ЛПУ педиатрического и терапевтического профиля. Материалы и методы: в соответствии с Инструкцией по регистрации и ведению учета больных со злокачественными новообразованиями в Российской Федерации, утвержденной приказом МЗ РФ от 19. 04. 99 г. № 135 и приказом ДЗМ от 14. 09. 2018 г. № 638 (приложение 1 п. 9) все больные злокачественными новообразованиями подлежат пожизненному диспансерному наблюдению. В задачи наблюдения входит раннее выявление рецидива болезни/второй/вторичной опухоли, визуализирующий мониторинг зон первичной локализации опухоли и возможного метастазирования. Ежегодная оценка последствий перенесенного противоопухолевого лечения, контроль динамики роста/весовых показателей, выявление симптомов интоксикации, оценка функции сердца, легких, иммунного статуса, слуха, нейropsychического статуса, констатация паллиативного статуса, наблюдение инкурабель-

ного больного. Оценка поздних осложнений эндопротезирования проводится по шкале Henderson E., 2014, последствий противоопухолевой терапии – по критериям STCAE v. 5.0, 2018. В период с 2015 по 2020 в ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ» под наблюдением были 108 детей, больных ЗНО скелета.

Результаты: вторые опухоли выявлены в 3,7%, осложнения эндопротезирования – в 32,8. Ортопедические последствия противоопухолевого лечения детей, больных костными саркомами неизбежны, количество последствий у каждого обследованного варьировало от 1 до 10. Преобладала II и III степень тяжести последствий – 43,1% и 29,4%, случаев. Сроки метастазирования составили от 6 до 24 мес. после окончания противоопухолевой терапии, более чем в 70% случаев, саркома Юинга чаще метастазирует в кости, остеосаркома – в легкие. Формирование ортопедических последствий противоопухолевой терапии происходит не только в периоде роста ребенка, но и на протяжении всей жизни. Выводы: 1. Учитывая сроки метастазирования при костных саркомах от 6 до 24 мес. после окончания противоопухолевой терапии, а также возможность развития вторых опухолей, необходимо ежемесячное комплексное обследование пациентов не реже 1 раза в месяц не менее чем в течение 24 месяцев после окончания противоопухолевой терапии, далее 1 раз в 3 мес. на втором году наблюдения, 1 раз в 6 мес. после 2 лет наблюдения, с 3-го года – не реже 1 раза в год. 2. При планировании диспансерного наблюдения необходимо учитывать возможность развития осложнений и последствий, в том числе, ортопедических, связанных с объемом и агрессивностью проведенного противоопухолевого лечения и анатомо-функциональных особенностей активно растущего детского организма. Диспансерный учет должен проводиться не только онкологами, но и другими специалистами, в том числе, ортопедами с целью выявления и коррекции последствий по мере их развития. 3. Преемственность детских учреждений и учреждений для взрослых необходима, с целью своевременной коррекции последствий, сохранения здоровья наиболее социально значимого контингента населения, повышения трудоспособности и увеличения продолжительности жизни.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ, ГРУППА РИСКА?

Петрайкина Е.Е., Ртищев А.Ю., Глазырина А.А., Рыбкина И.Г., Воронцова И.Г., Тихонович Ю.В., Парфенова Е.А., Путилина Е.А., Прометной Д.В., Куличенко Т.В.

Российская детская клиническая больница ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Морозовская детская городская клиническая больница, Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Новый коронавирус 2019 г. (SARS-CoV-2) вызвал пандемию инфекции, названной COVID-19. К концу 2020 г. общее число зарегистрированных случаев заболевания во всем мире превысило 79 млн человек, более 1,7 млн человек умерли. С марта 2020 г. появились данные о новом заболевании у детей на фоне COVID-19, получившим в отечественной литературе название «детский мультисистемный воспалительный синдром» (ДМВС), характеризующимся выраженным гипервоспалительным ответом и являющимся аналогом «цитокинового шторма» у взрослых пациентов. ДМВС обычно развивается через 1-6 недель после перенесенной COVID-19 и, согласно критериям CDC (США), характеризуется наличием фебрильной лихорадки более 24 часов, резким нарастанием маркеров воспаления (повышение уровня нейтрофилов, СОЭ, С-реактивного белка, СРБ, прокальцитонина, ПКТ, ферритина, лактатдегидрогеназы, ЛДГ, интерлейкина-6, ИЛ-6), нарушением коагуляции с повышением уровня фибриногена и D-димера, мультиорганный недостаточностью, положительными маркерами COVID-19 или высокой

вероятностью контакта с инфицированными пациентами. ДМВС, ассоциированный с COVID-19, приводит к опасным для жизни кардиоваскулярным осложнениям, требующим интенсивной терапии, а вероятными предрасполагающими факторами к данному синдрому являются такие коморбидные заболевания, как избыточная масса тела и ожирение, бронхиальная астма, неврологические заболевания, системная красная волчанка, сахарный диабет. В зарубежной литературе описан единственный случай ДМВС у пациентки 8 лет с впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа (ВВСД1). В отечественной литературе впервые описан клинический случай ДМВС у пациентки с тяжелым декомпенсированным диабетическим кетоацидозом (ДКА) на фоне манифестации СД1 (Ю.В. Тихонович с соавт., Педиатрия им. Г.Н. Сперанского, 2021; 100 (2): 295-300). Проанализированы данные по Москве: на 1.01.2021 г. количество детей и подростков с сахарным диабетом (СД) всех типов, с ожирением, находящихся на диспансерном учете в поликлиниках ДЗМ. Всего 4351 пациент с СД; всего 12 626 пациентов с ожирением. Перенесли подтвержденную новую коронавирусную инфекцию в 2020 г. пациенты с СД – 248 (5,6%); с ожирением – 845 (7%) от общей численности профильных пациентов. Из числа заболевших, тяжесть течения заболевания которых потребовала госпитализации: СД – 18 (7,2% заболевших); ожирение – 11 (1,3% заболевших). Летальных исходов не было. Вместе пациентов до 18 лет с ожирением и СД в Москве за 2020 г. в связи с тяжестью течения новой коронавирусной инфекции госпитализировано из 1093 – 29 человек (2,7%). По публикациям ДЗМ по тяжести дети и подростки до 18 лет в связи с верифицированной новой коронавирусной инфекцией госпитализировались в 7,6% случаях от всех заболевших в московской популяции до 18 лет. Таким образом, процент тяжелого течения новой коронавирусной инфекции у пациентов до 18 лет с СД, независимо от типа, соответствует общемировым данным, при этом в общероссийской статистике профильной госпитализации были и пациенты с онкологическими, неврологическими и другими нарушениями. С марта 2020 г. в Российской детской клинической больнице ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова по приказу Минздрава РФ начал работу по заявкам регионов Федеральный детский реанимационный консультативный центр (ФДРКЦ) для пациентов с COVID-19 и пневмониями. По данным ФДРКЦ (проконсультированные по российским регионам пациенты) летальности и пребыванию в ОРИТ, погибло 52 ребенка (9,2%), из которых 90,4% (48 из 52) составляли дети с коморбидной патологией, среди которых на 4 месте после органического поражения центральной нервной системы, врожденных пороков сердца, онкопатологии, – 7,7% (4/52), имели СД1. Можно предположить, с учетом данных ФДРКЦ, что у ребенка с СД риск развития тяжести новой коронавирусной инфекции до необходимости госпитализации в ОРИТ небольшой, соответствует популяционному, но при развитии тяжелого течения до требующего оказания медицинской помощи в ОРИТ, риск летального исхода повышается до 15%. Представленные данные демонстрируют необходимость обсуждения программ вакцинопрофилактики с инициацией профильных клинических исследований, возможно, с включением выделенных групп риска по тяжелому течению новой коронавирусной инфекции среди пациентов до 18 лет, страдающих хроническими заболеваниями, с учетом международного и отечественного опыта.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СОСТАВА ТЕЛА НЕДОНОШЕННЫХ И ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Пинаева-Слыш Е.Л., Скворцова В.А., Давыдова И.В.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Введение. Недоношенные дети, особенно с очень низкой и экстремально-но низкой массой тела при рождении, могут отставать в физическом



развитии на протяжении длительного периода времени. Практически отсутствуют данные о составе тела детей родившихся преждевременно после выписки из стационара.

Цель: провести сравнительный анализ физического развития и состава тела между детьми, рожденными раньше срока и в срок.

Материалы и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ результатов обследования детей, наблюдавшихся в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава РФ. В 1-ю группу вошли недоношенные дети ($n=41$), медиана (Me) гестационного возраста при рождении которых составляла 30,0 [28,0-32,0] нед. 2-ю группу составили доношенные дети ($n=17$), родившихся на 39,0 [38,5-40,5] нед. гестации. На момент исследования постнатальный возраст (ПНВ) детей 1-й группы находился в пределах 4-6 мес, при этом Me их скорректированного возраста (СВ) составила – 3,2 [2,3-3,9] мес. Me ПНВ детей 2-й группы – 2,7 [2,2-3,4] мес. Показатели физического развития – индексы стандартного отклонения (z -scores) массы и длины, а также перцентильные отклонения при рождении оценивались с помощью антропометрического калькулятора INTERGROWTH-21st. На момент исследования z -scores массы к возрасту (WAZ), длины к возрасту (HAZ) рассчитывались с использованием программы «WHO Anthro», состав тела изучался методом воздушной плевтизографии (PEA POD, LMi, USA). Статистический анализ полученных данных выполнялся с использованием непараметрических методов (U-критерий Манна-Уитни, критерий Краскела-Уоллиса с поправкой на множественность сравнений Бонферрони). Статистически значимыми различия считали при $p<0,05$. Результаты. Параметры физического развития детей при рождении в обеих группах находились в пределах нормальных значений. Отсутствие значимых различий ($p=0,166$) между СВ у детей, рожденных раньше срока, и ПНВ доношенных детей позволило провести сравнительный анализ полученных данных. Расчет антропометрических показателей у недоношенных детей в СВ 3,3 мес. выявил их снижение: WAZ = -1,10 [-2,33 – -0,43], HAZ = -0,98 [-1,67 – 0,56]), свидетельствующее о легкой степени недостаточности питания. В группе доношенных детей эти показатели составили: WAZ = 0,25 [-0,02 – 0,73], HAZ = 0,43 [0,16-0,77], установлены статистически значимые различия ($p=0,005$). Изучение состава тела показало более низкое содержание как жировой: 1,12 [0,81-1,56] кг, так и тощей массы тела: 3,97 [3,54-4,50] кг в группе детей, родившихся преждевременно. У доношенных детей данные показатели были значимо выше: 1,49 [1,30-1,82] кг и 4,46 [4,22-5,06] кг соответственно, ($P1=0,006$ и $P2=0,007$). Анализ соотношения жировой и тощей массы тела на момент обследования выявил у недоношенных детей более низкий процент жировой ткани – 22,0 [19,1-26,6] %, а чем в группе доношенных – 25,0 [22,4-29,2] %, ($p=0,015$) соответственно. Обсуждение. Полученные данные по z -scores WAZ и HAZ, рассчитанные на СВ, у недоношенных детей демонстрируют их отставание в физическом развитии. Наиболее значимыми являются данные о составе тела, анализ которых выявил дефицит не только жировой, но и тощей массы, что прогностически является наиболее неблагоприятным фактором. Результаты исследования свидетельствуют об отсутствии своевременной коррекции питания детей, родившихся преждевременно, после выписки из стационара.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ КРУПНОВЕСНЫХ И МАЛОВЕСНЫХ К СРОКУ ГЕСТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПО ПОЛИМОРФНЫМ ЛОКУСАМ ГЕНОВ ЛЕПТИНА И ЕГО РЕЦЕПТОРА

Прилуцкая В.А., Шатарнова Т.М., Аксенова Е.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, Минск, Беларусь

Введение. Адипоцитами секретруется гормон лептин, участвующий в регуляции энергетического баланса в организме, кодируемый геном

лептина (LEP). Участие лептина в регуляции жирового обмена в организме осуществляется благодаря рецепторной молекуле, относящейся к классу I цитокиновых рецепторов. Показана связь A19G полиморфизма в экзоне 1 (rs2167270) гена лептина (LEP) с уровнем лептина в сыворотке крови [Hager et al., 1998] и уровнем метилирования промотерной области гена в пуповинной крови младенцев [Lesseur et al., 2013]. Однонуклеотидный полиморфизм A668G (Q223R) (rs1137101) в гене рецептора лептина (LEPR) ассоциирован с массой тела при рождении (у детей, носителей A668 (Q223) аллеля, вес был ниже) [Sourenetal., 2008].

Цель исследования. Провести генотипирование детей с различной массой тела (MT) по rs1137101 гена рецептора лептина (LEPR) и rs2167270 гена лептина (LEP) и оценить взаимосвязь с клинико-лабораторными показателями младенцев.

Материалы и методы. 395 доношенных детей генотипировали с помощью метода TaqMan анализа. Выделено 3 группы: крупновесные к сроку гестации (КСГ, $n=139$), маловесные к сроку гестации (МСГ, $n=138$), соответствующие сроку (группа контроля, ГрК, $n=118$). MT крупновесных 4300 (4130 4510), МСГ – 2430 (2310 2580), ГрК – 3290 (3170 3500) г. Z -score MT – 1,9 (1,6-2,3), -1,9 (-2,3 -1,6), 0,1 (-0,3 0,4). Физическое развитие (ФР) оценивалось с помощью программы ВОЗ Anthro. Выделены подгруппы с учетом величины с z -score MT и величины коэффициента гармоничности (кг/м3). Данные статистически обработаны с помощью Statistica, AB-Stat.

Результаты. Распределение частоты генотипов по полиморфному локусу A668G (rs1137101) гена LEPR не отличалось. Гомозиготный генотип AA (QQ) у МСГ мальчиков встречался почти в 1,5 раза чаще (28,3%), чем в контрольной группе (20,0%). GG (RR) генотип выявлялся чаще как у мальчиков с низкой массой тела (28,3%), так и крупной MT (28,7%) по сравнению с мальчиками группы сравнения (15,0%). Не выявлено статистически значимых различий MT крупновесных новорожденных и распределения частот генотипов по полиморфному локусу A668G (rs1137101) гена LEPR. Зарегистрированы достоверно более высокие показатели ИМТ и Z -score ИМТ у КСГ носителей генотипа AA в сравнении обладателями AG генотипа ($p=0,005$ и $p=0,006$ соответственно). Частота AA (QQ) LEPR генотипа у КСГ девочек составила 26,3%, что почти в 2 раза выше частоты у девочек контрольной группы ($p>0,05$). У маловесных носителей генотипа AG (QR) гена LEPR установлены значимо более низкие средние показатели MT ($p=0,020$), ИМТ ($p=0,0497$) и окружности головы ($p=0,038$) в сравнении с носителями генотипа AA (QQ). По частоте генотипов и аллелей по полиморфному локусу A19G (rs2167270) гена лептина различий в группах новорожденных не обнаружено. Самым распространенным во всех группах детей был QR-AG (LEPR-LEP) генотип: от 21,1% в группе КСГ девочек до 35,1% девочек контрольной группы, самым редким – гомозиготный генотип RR-AA (LEPR-LEP), который не обнаружен у крупновесных девочек и маловесных мальчиков, однако, его имели 7,0% девочек группы контроля. По локусу A668G (rs1137101) гена LEPR при внутривнутригрупповом анализе показаны значимые различия по частоте генотипов всех КСГ новорожденных с негармоничным ФР ($\chi^2=7,09$, $p<0,05$), и в том числе детей этой группы с z -score MT >2 ($\chi^2=9,64$, $p<0,01$), от новорожденных группы контроля. Крупновесные девочки с негармоничным ФР отличалась достоверно ($\chi^2=6,37$, $p<0,05$) от маловесных девочек аналогичной группы. По A19G (rs2167270) полиморфному локусу гена LEP маловесные девочки подгруппы с z -score MT <-2 статистически значимо ($\chi^2=6,58$, $p<0,05$) в 4 раза чаще (28,6%) имели генотип AA19 и более чем в 2 раза реже (17,1%) генотип GG19, по сравнению с мальчиками этой же группы (AA19 – 7,1% и GG19 – 39,3%). Частота аллелей по A19G локусу гена лептина у МСГ девочек группы с z -score MT <-2 значимо ($\chi^2=5,94$, $p<0,05$) отличалась от мальчиков своей группы и от КСГ девочек группы с z -score MT >2 ($\chi^2=4,14$, $p<0,05$).

Выводы. Частоты генотипов и аллелей изученных локусов гена лептина и гена рецептора лептина в общей выборке КСГ и МСГ новорожденных

статистически значимо не различались. Выявлены более высокие показатели ИМТ и Z-score ИМТ у крупновесных носителей генотипа AA (QQ) (rs1137101) гена рецептора лептина в сравнении с обладателями AG генотипа ($p=0,005$ и $p=0,006$). Частота аллелей по A19G локусу гена лептина у МСГ девочек группы с z-score MT < -2 значимо ($p < 0,05$) отличалась от МСГ мальчиков и от крупновесных девочек группы с z-score MT > 2.

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННЫМ И ДЕТЯМ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ, РОЖДЕННЫМ ПОСРЕДСТВОМ ЭКО

Проватар Н.П., Каширская Е.И., Новикова Е.А.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань

В специализированном отделении катамнеза Детской Областной клинической больницы г. Астрахани, открытом в 2018 году, наблюдались новорожденные до 1 года по направлениям из различных районов города и области. В 2018 году – 551 ребенок, в 2019 – 559 детей, а в 2020 – 355 детей. Значительную группу составили дети, рожденные после ЭКО (97). В условиях данного отделения дети регулярно осматривались не только педиатром-неонатологом, но и узкими специалистами – неврологом, офтальмологом, детским хирургом, ортопедом. В процессе изучения группы детей после ЭКО получены следующие результаты: В большинстве случаев (65%) дети были из двоен с низкой массой тела. Максимальный срок гестации составил 40 недель, минимальный – 25 недель. Средний срок гестации равен 31,55 недель. Доношенными родились только 30% детей, а в 70% случаев наблюдались различные степени недоношенности (от II до IV степени по классификации А. И. Хазанова). При рождении малую массу тела (менее 2500 грамм) имели 70% детей. 4 детей имели экстремально низкую массу тела (менее 1000 грамм). Средняя масса тела при рождении составила 1721 грамм. Длина тела варьировала от 52 до 32 см. В среднем этот показатель составил 40,7 см. Показатель окружности головы в среднем составил 29,3 см. Проанализировано состояние детей при рождении, которое оценивалось по шкале Апгар. На первой минуте максимальный показатель составил 8 баллов, минимальный – 3 балла; среднее значение – 5,4 балла. На пятой минуте жизни средний показатель шкалы Апгар был равен 6,1 балла, максимальное значение – 9 баллов, минимальное – 4 баллов. У 82% детей были диагностированы последствия перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС), у 2 детей гипоксически-геморрагического характера (2 недоношенные девочки, рожденные на 25 и 29 неделях гестации). Патология головного мозга сопровождалась изменениями на нейросонографии (НСГ): расширение межполушарной щели, расширение субарахноидального пространства, отмечалось снижение мозгового кровотока. У 90% при аускультации сердца был выявлен систолический шум. По данным эхокардиоскопии (ЭХО-КС) у всех детей были выявлены малые аномалии развития сердца, а именно – открытое овальное окно (ООО), дилатация правого предсердия и левого желудочка; аневризма межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки. Кроме того, диагностированы: бронхолегочная дисплазия, новая форма, ретинопатии недоношенных, врожденные пороки развития мочеполовой системы (эктопия мочевого пузыря), дисплазия тазобедренных суставов. Более длительное наблюдение позволяло выявить задержку или особенности психомоторного развития. У большинства недоношенных детей отмечалось развитие бронхолегочной дисплазии, которая осложнялась дыхательной недостаточностью (43%). Поражение сетчатки (ретинопатия и преретинопатия недоношенных) наблюдалось у 70% от всех недоношенных, у 3 детей выставлен диагноз ретинопатия III степени (была проведена лазерная коагуляция сетчатки (ЛКС) обоих глаз). По данным лабораторных ме-

тодов исследования, у большинства (80%) была выявлена дефицитная анемия различной степени тяжести. Более длительное наблюдение позволяло выявить задержку или особенности психомоторного развития. По результатам проведенного обследования назначалось профилактическое либо реабилитационное лечение в условиях дневного стационара этого же отделения не менее 3 недель. Особое внимание уделялось детям, оперированным с ретинопатией недоношенных II, III ст. и по поводу пороков развития ЖКТ, легких, ВПС, ЯНЭК, кишечной непроходимости, и прочих пороков, вызывающих функциональные нарушения ЖКТ тяжелой степени. Дети данной категории нуждаются в длительной амбулаторной помощи и, при необходимости, продолжают реабилитационные мероприятия в условиях специализированных отделений больницы (психоневрологии, медицинской реабилитации). В отделении катамнеза дети, рожденные посредством ЭКО, наблюдались периодически, по показаниям в среднем до 1 года, что давало возможность организованно и в комфортных условиях выполнить все необходимые обследования и лечение.

Таким образом, первоначальный опыт амбулаторного наблюдения детей после экстракорпорального оплодотворения в условиях специализированного отделения катамнеза убеждает нас в его преимуществах, поскольку демонстрирует оптимизацию обследования, наблюдения и лечения детей из группы риска.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Пырьева Е.А., Гмошинская М.В., Сафронова А.И., Георгиева О.В., Нетунаева Е.А., Алешина И.В., Тоболева М.А., Лебедева У.М., Олюшина Е.А., Богданова О.Г., Ткачук Е.А., Левчук Л.В.

Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии, Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Приволжский исследовательский медицинский университет, Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований, Москва, Якутск, Нижний Новгород, Ангарск, Улан-Уде, Иркутск, Екатеринбург

Актуальность. Изучение особенностей питания детей школьного возраста в период дистанционного обучения представляет несомненный интерес, учитывая востребованность такой формы организации учебного процесса в период текущей тяжелой эпидемиологической ситуации. Изменение образа жизни, возникающее при реализации дистанционного образования, затрагивает и фактор питания. В связи с этим, анализ структуры питания школьников, получающих дистанционное образование, реализуемое в домашних условиях, относится к актуальным задачам, и может рассматриваться в качестве основы для формирования рекомендаций по его организации формирования рекомендаций по организации питания детей при получении образования в домашних условиях с целью профилактики алиментарно-зависимых нарушений. Цель. Сравнительный анализ особенностей питания детей школьного возраста при дистанционной и традиционной формах организации учебного процесса в общеобразовательных организациях.

Материалы и методы. С целью изучения организации питания детей школьного возраста использовались анкеты, разработанные в ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», учитывающие специфику организации учебного процесса, для заполнения которых использована виртуальная платформа (ссылка: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe1ZIN3xgDy9l56VAz5HWHc0M5knZYhC6cmL81afjSh5qmJg/viewform>). В анкетировании приняли участие 6185 человек из различных регионов РФ (Центрального, Южного, Северо-Кавказского, Приволжского, Северо-Западного, Дальневосточного федеральных округов), обучающихся в дистанционном режиме (основная группа детей), а также 1123 школьника из Центрального, Сибирского, Уральского,



Дальневосточного федеральных округов, получавших образование в традиционной форме (группа сравнения). Для оценки фактического питания использован частотный метод. Всего фактическое питание изучено у 7308 детей школьного возраста. Статистические методы. Статистическую обработку проводили с помощью программы Microsoft Excel с использованием критерия Стьюдента (в случае нормального распределения данных) и методом Пирсона χ^2 . Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что во время дистанционного обучения каждый третий ребенок получал горячее питание менее 2-х раз в день, у 42% детей меняется аппетит, у 10-15% стал избирательным. Половина детей перекусывают более 2-х раз в день. При необходимости организовать перекус более 60% детей потребляют фрукты, 15-30% сухофрукты, орехи, овощи, салаты овощные, кисломолочные напитки, творог. При этом не менее часто (почти 50% детей) используют для перекусов бутерброды, более 40% – печенье, вафли, пряники, более 30% – выпечку, шоколад, шоколадные конфеты. Здоровый перекус (смузи, зерновые батончики, хлебцы) используют 10-12% детей. Выявлены достоверные различия по потреблению продуктов – источников белка животного происхождения между двумя сравниваемыми группами школьников, находящихся на дистанционном обучении – основная группа и традиционной форме обучения – контрольная группа. Школьники, находящиеся на дистанционном обучении, стали реже потреблять такие продукты, как жидкие кисломолочные продукты, творог. Значительно снизилось потребление рыбы. При этом при дистанционном обучении достоверно чаще ежедневно включают в рацион яйца (43,4% и 10,9%, на дистанционном и традиционном обучении, соответственно). Между двумя сравниваемыми группами по потреблению продуктов – источников углеводов также установлены достоверные различия. В основной группе отмечено снижение частоты потребления круп, овощей, фруктов, орехов. Макароны, соки, картофель достоверно чаще потребляют дети, находящиеся на дистанционном обучении. При оценке потребления сахара, шоколада, чипсов (сухариков), сладких газированных напитков также установлено их достоверное повышение в период дистанционного обучения, что является ярким свидетельством снижения родительского контроля и отсутствием у детей привычки к здоровому питанию.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о необходимости широкого внедрения в практику образовательных программ по вопросам здорового питания среди детей школьного возраста и их родителей, с акцентом на практическую реализацию их в домашних условиях, с учетом различных форм организации учебного процесса.

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

*Пырьева Е.А., Лебедева У.М., Гмошинская М.В., Нетунаева Е.В.,
Алешина И.В.*

*Центр питания НИЦ МИ Северо-Восточного федерального
университета им. М.К. Аммосова, Федеральный исследовательский
центр питания и биотехнологии, Якутск, Москва*

Введение. Организация питания является отражением культурных и национальных традиций. В настоящее время претерпевает значительные изменения структура питания населения, в том числе и школьников. Шире используются национальные продукты и местное сырье.

Цель. Изучение частоты потребления продуктов у детей школьного возраста, проживающих в Арктической зоне РФ (республике Саха (Якутия)), с учетом этнических особенностей.

Материалы и методы. Опросно-анкетным методом изучена частота потребления продуктов детьми в республике Саха (Якутия). Проведен опрос 932 родителей (законных представителей) детей 7-18 лет. Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи

программы Microsoft Excel с использованием критерия Стьюдента (в случае нормального распределения данных) и Пирсона χ^2 . Статистически значимыми считали различия при $P < 0,05$.

Результаты. Для детей, проживающих в Якутии, характерна более высокая частота потребления мяса, но меньшее потребление молока и кисломолочных напитков, творога, рыбы, по сравнению с потреблением продуктов детьми в Арктической зоне и РФ в целом. Несмотря на увеличение потребления рыбы по сравнению с предыдущими годами, не реже 1 раза в неделю потребляют рыбу только 31% местных и 30% приехавших детей. Установлена положительная динамика в потреблении мяса. В настоящее время мясо не менее 5 раз в неделю использует 80% детей местного и 50% приехавшего населения. Расширился ассортимент используемых видов мяса: говядину, свинину употребляют 85-90% детей, птицу – 50-60% детей, жеребятину – 50% местных и 20% приехавших; оленину – 10-13% детей. Несмотря на наличие мяса в рационе питания, особенно местного населения, 40-60% детей употребляют колбасы более 3 раз в неделю. Благодаря улучшению снабжения привозными пищевыми продуктами значительно увеличилась частота потребления свежих овощей и фруктов, кисломолочных напитков. 70-90% детей несколько раз в неделю потребляют фрукты и 65-80% овощи, тогда как ранее, несколько раз в неделю их потребляли 42,7-53,6% городских и сельских детей. Возросло число детей, потребляющих кисломолочные напитки, которые используют в своем питании 60-70% детей, тогда как ранее их потребляли только 50%. Не потребляют молоко и кисломолочные напитки 10-15% детей обеих этнических групп, творог – 50-60% местных и 40% приехавших. Как местные, так и приехавшие дети, стали чаще использовать национальные продукты в своем питании. Только 1,5% местных и 2,6% приехавших детей не используют каких-либо традиционных региональных продуктов.

Заключение. За последние годы благодаря комплексным мероприятиям (улучшению снабжения пищевой продукцией; совершенствованию питания детей в образовательных организациях; освоению в промышленных масштабах производства пищевых продуктов, отвечающих национальным традициям питания с использованием местного высококачественного сырья, их включение в рацион взрослых и детского населения), значительно улучшилось продуктовое разнообразие рационов питания школьников, проживающих в Республике Саха (Якутия), характеризующееся включением национальных традиционных продуктов в рацион питания, как местного, так и приехавшего населения.

СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГЕРПЕСВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Рахманкулова З.Ж., Абдукодирова М.К., Ходжамова Н.К.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра
Неонатологии, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Дальнейшее исследование иммунопатогенетических механизмов при герпесвирусных инфекциях обусловлено высоким уровнем заболеваемости беременных и риском нарушения становления иммунной системы у новорожденного ребенка.

Цель исследования. Изучить содержание цитокинов у новорожденных детей с герпесвирусными инфекциями в раннем неонатальном периоде. Материал и методы. Обследовано 33 новорожденных ребенка с ВУИ (ЦМВ+ВПГ) и 15 здоровых новорожденных детей. Клинические исследования проводились на базе 5-й городской детской больницы. Иммунологические исследования выполнены в Институте иммунологии и геномики человека АН РУз. Концентрацию цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-8 и γ -ИФН в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты. У новорожденных при ВУИ в раннем неонатальном периоде уровень продукции ИЛ-1 β был достоверно повышен по сравнению со здоровыми новорожденными (948,9 \pm 32,6 пг/мл и 200,5 \pm 11,1 пг/мл, $P < 0,001$). Активация специфического иммунного ответа опосредуется рядом цитокинов, регулирующих рост и дифференцировку лимфоцитов и способствующих этой фазе иммунного ответа. Из них ИЛ-4 обладает широким спектром биологического действия, наиболее известным является угнетение воспалительного ответа и увеличение гуморального иммунитета. У здоровых новорожденных уровень ИЛ-4 составил в среднем 60,1 \pm 4,4 пг/мл, а у больных с ВУИ в раннем неонатальном периоде наблюдается снижение его уровня до 20,7 \pm 1,8 пг/мл, что достоверно ниже, чем в контроле ($P < 0,001$). Известно, что ИЛ-8 индуцирует хемотаксис Т-лимфоцитов, стимулирует дифференцировку Т-хелперов, рост и активность Т-лимфоцитов и клеток-киллеров. У здоровых новорожденных уровень ИЛ-8 составил в среднем 181,3 \pm 7,4 пг/мл, у больных с ВУИ в раннем неонатальном периоде синтез ИЛ-8 был резко повышен – 486,3 \pm 34,2 пг/мл ($P < 0,001$). Анализ результатов исследования по изучению уровня γ -ИФН в сыворотке периферической крови у здоровых новорожденных показал, что концентрация его составляет 25,2 \pm 1,9 пг/мл, в то время как в раннем неонатальном периоде новорожденности у детей с ВУИ его уровень составил в среднем 7,0 \pm 0,7 пг/мл, что в 3,6 раза ниже ($P < 0,001$) контроля.

Выводы. Таким образом, при внутриутробных герпесвирусных инфекциях у новорожденных детей в раннем неонатальном периоде происходит значительное нарушение продукции провоспалительных и противовоспалительных цитокинов.

ВЫБОР МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ ГЕАНГИОМЫ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Романов Д.В., Горбатова Н.Е., Сафин Д.А., Брылеева А.А., Листовская Е.М.

Центр Сосудистой Патологии, Москва

Актуальность: в настоящий момент, на территории РФ не существует единого документа, всесторонне объединяющего накопленный международный и отечественный опыт диагностики и выбора дальнейшей тактики лечения младенческой гемангиомы (МГ), в объеме необходимом конкретному пациенту, а инструментальные методы для проведения необходимого объема дифференциальной диагностики, применение которых возможно у детей младшего возраста, зачастую доступны только в высокоспециализированных центрах. В связи с этим, необходимая терапия МГ либо не проводится, либо осуществляется не в полном объеме, что приводит к прогрессированию сосудистой опухоли, с дальнейшим развитием функциональных осложнений, которые способствуют нарастанию возможных функциональных нарушений и формированию выраженного косметического дефекта, что может оказывать негативное влияние на качество жизни ребенка и его семьи. Таким образом, проблема выбора одновременно эффективного и безопасного подхода к назначению медикаментозной терапии, особенно при нетипичной локализации МГ, остаётся актуальной в детской популяции.

Цель. Стратификация риска возникновения нежелательных последствий при выборе метода медикаментозной терапии МГ у пациентов разных возрастных групп.

Материалы и методы. Проведено двунаправленное когортное исследование по оценке эффективности и безопасности применения медикаментозной терапии В-адреноблокаторами у пациентов, поступивших в ООО «Центр Сосудистой Патологии» с 2019-2021 гг. с диагнозом МГ в возрасте от 1 недели до 2 лет. Из них 28% составили мальчики, а девочки 82%. Всем пациентам перед началом лечения проводилось ультразвуковое исследование с доплерографией, комплексное кардио-

логическое обследование (электро и эхокардиография, измерение АД), определяли уровень глюкозы в крови, а также производилась оценка сосудистого образования с использованием «Оценочной шкалы для определения показаний к системному медикаментозному лечению МГ» и фоторегистрация. Всего за данный период было пролечено 517 пациентов в возрасте от 1 мес. до 2 лет. В соответствии с установленным диагнозом все пациенты были разделены на группы: группа А: Поверхностная МГ; группа В: Комбинированная МГ, группа С: Глубокая МГ; группа D: Ассоциированные синдромы, группа E: Доброкачественный гемангиоматоз. Часть родителей согласилась пройти интервью, а также был проведен детальный анализ данных истории болезни с учетом возраста, размеров, локализации, наличия или отсутствия глубокого компонента опухоли и сопутствующих осложнений. Произведена оценка психосоматического статуса в течение всего периода получения медикаментозной терапии. Разработаны критерии оценки клинической эффективности проводимой терапии, с учетом особенностей фармакодинамики у пациентов детского возраста.

Результаты. Назначение местной медикаментозной терапии препаратом тимолол может считаться безопасным и эффективным методом лечения поверхностных МГ. При назначении системной медикаментозной терапии, эффективность препарата атенолол достигалась при меньшей суточной дозировке и длительности курсового лечения, по сравнению с препаратом пропранолол. Также зарегистрирована наибольшая эффективность медикаментозного лечения препаратом атенолол, при лечении детей младшей возрастной группы в возрасте от 1 до 6 месяцев. Следует отметить то, что при комбинированных формах, наибольшую клиническую эффективность показало назначение перорального атенолола в сочетании с местной терапией препаратом тимолол, в то время как терапевтический эффект при лечении глубоких и нетипичных форм МГ достигался с помощью монотерапии. Суммарно, в результате проведенного курса терапии препаратом атенолол, терапевтический эффект был достигнут через 3 месяца у 55% больных, а через 6 месяцев у 90% пациентов.

Выводы. Внедрение в общую клиническую практику медикаментозного метода лечения препаратом тимолол будет иметь большое практическое и социальное значение, у детей с поверхностной локализацией и не осложненными формами младенческой гемангиомы. В то время как использование селективного бета-адреноблокатора атенолол для лечения комбинированных, глубоких и осложненных форм может быть ассоциировано с улучшением результатов и безопасности проводимой терапии, т. к. требует меньших лекарственных доз, снижает риск побочных эффектов и осложнений и позволяет достичь хороших результатов в более короткие сроки по сравнению с терапией препаратом пропранолол.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА У ПОДРОСТКА

Рябова А.П., Попова А.П., Ларина Л.Е.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Введение. Хронический миелобластный лейкоз (ХМЛ) – редкое миелолипролиферативное заболевание у детей, в основе которого лежит транслокация участков хромосом с образованием Ph-хромосомы, в результате чего образуется онкоген BCR-ABL. Ген кодирует тирозинкиназу с повышенной ферментативной активностью, ответственную за усиленную пролиферацию гемопоэтических клеток-предшественников и снижение их апоптоза. Основное проявление ХМЛ – немотивированный нейтрофильный лейкоцитоз, эозинофилия, базофилия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Терапией первой линии являются ингибиторы тирозинкиназы (ИТК), угнетающие онкоген BCR-ABL. Заболевание встречается с частотой 0,7 на 100000 в год, чаще в воз-



расте 30-50 лет. Оно составляет 2-3% лейкозов у детей до 15 лет и 9% у подростков 15-19 лет.

Цель. Демонстрация редкого случая ХМЛ у подростка.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории болезни пациента с ХМЛ, проходившего лечение в Морозовской детской городской клинической больнице (МДГКБ), физикальное обследование ребенка, лабораторные исследования: общий, биохимический анализ крови, пунктат костного мозга, цитогенетическое исследование.

Результаты. Мальчик М., 16 лет, от здоровых родителей. 13.04.2021 был госпитализирован в гематологическое отделение МДГКБ в связи с изменениями в анализе крови, выявленными по месту жительства (лейкоцитоз 69 тыс/мкл, гранулоцитоз 82%). Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет ОРВИ, острым тонзиллитом, в течение длительного времени сохраняется ринит со слизисто-гнойным отделяемым. Жалоб не предъявлял, не лихорадил, при физикальном обследовании пальпировались лимфоузлы до 0,5 см, отмечалась гепатоспленомегалия (+2 см, +1 см из-под края реберной дуги соответственно). 20.04.2021 в периферической мазке крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы до низкодифференцированных форм: лейкоциты 111 тыс/мкл, палочкоядерные 17,78 тыс/мкл, метамиелоциты 5,56 тыс/мкл; ретикулоцитоз 2,09%, базофильно-эозинофильная ассоциация (базофилы 11,2 тыс/мкл, эозинофилы 2,67 тыс/мкл). По данным пункции костного мозга: лейкомоидный сдвиг (нейтрофильные промиелоциты 7,40%, миелоциты 19,20%), относительная лимфопения (2,20%). В биохимическом анализе крови: умеренное повышение АСТ до 52 Ед/л. Коагулограмма без патологии. Цитогенетическое исследование: Ph-хромосома в 100% митозов. На основании представленных данных поставлен диагноз: хронический миелобластный лейкоз, хроническая фаза. 22.04.2021 начата терапия иматинибом 600 мг в сутки. На фоне терапии отмечалась положительная динамика (26.04.2021 лейкоциты со снижением до 96 тыс/мкл, 29.04.2021 – до 72,4 тыс/мкл). Терапия продолжена.

Вывод. ХМЛ остается актуальной проблемой, так как начало заболевания часто протекает бессимптомно. Начало терапии в хроническую фазу, ответ на лечение ИТК улучшают прогноз и приводят к клинко-гематологической ремиссии, поэтому прогноз у данного пациента можно считать благоприятным.

ИНФЕКЦИОННЫЕ МАСКИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕВОЧКИ 16 ЛЕТ

Савватеева О.А., Крикун В.С., Горелов А.В., Яблокова Е.А., Сичинава И.В., Борисова Е.В., Полотнянко Е.Ю.

Центральный научный исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора, Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

В последние годы по всему миру отмечается неуклонный рост распространенности и заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), особенно болезни Крона (БК), отмечается «омоложение» болезни. Первичная диагностика БК у ребенка нередко вызывает ряд сложностей, нередко на первый план выходят вопросы дифференциальной диагностики с инфекционной патологией.

Цель: демонстрация случая трудностей первичной дифференциальной диагностики болезни Крона у девочки 16 лет.

Пациентка Н., 16 лет поступила в отделение гастроэнтерологии УДКБ с жалобами на боли в животе, вздутие живота после еды, тошноту, рвоту, снижение аппетита. В анамнезе жизни – от первой физиологической беременности, срочных родов. Раннее психомоторное развитие по возрасту. Из перенесенных заболеваний: редкие ОРВИ, наблюдается по поводу хронического вторичного пиелонефрита, МАРС, с 02.2018 г. наблюдается эндокринологом по поводу гипопитуитаризма, СТГ-дефи-

цита, получает постоянно заместительную терапию рекомбинантным гормоном роста человека 0,033 мг/сут. Наследственность по заболеваниям ЖКТ неотягощена. Анамнез заболевания: с 3-х летнего возраста у девочки отмечается анемия, стойкая эозинофилия (2008 г. – 40%, 2018 г. – 8-20%, 2019 г. – 6-11%), боли в животе, снижение аппетита. С 2008 г. неоднократно обнаруживались АТ к паразитам (токсокарам, эхинококкам, описторхам, аскаридам), консультирована паразитологом, получала антипаразитарное лечение по поводу висцеральной формы токсокароза. С 2016 г. боли в животе участились, присоединились жалобы на тошноту, рвоту, стул стал неустойчивым, разжиженным, выросла анемия (11.15 – Нв 52 г/л, проводилось переливание эритроцитной массы, получала препараты железа), появилась задержка физического и полового развития. Уровень кальпротектина от марта 2018 г. – более 600 мкг/гр (норма менее 50). Ухудшение состояния с мая 2019 г., впервые госпитализирована в УДКБ в июле 2019 г. При обследовании: биохимический синдром цитолиза и холестаза (АЛТ-202 Ед/л (5-49), АСТ-237 Ед/л (0-34), щелочная фосфатаза – 636 ед/л (70-360)), маркеры вирусных гепатитов – HBeAb – сл. пол. (+), HbscAb (сумм.) сл. пол. (+). При эндоскопическом исследовании (ректороманоскопия) – патологии не выявлено. После выписки жалобы на боли в животе сохранялись, кальпротектин от марта 2020 г. – более 1800 мкг/гр. В июне 2020 г. по данным колоноскопии выявлен язвенный баугинит, эндоскопическая картина соответствует стенозирующей форме болезни Крона. Далее больная наблюдается с диагнозом: Болезнь Крона, стенозирующая форма, с внекишечными проявлениями (ПСХ, вероятный), тяжелое течение, обострение. Железодефицитная анемия, легкой степени. В лечении месалазин 1,5-2,0 г/сут, с июля 2020 ГКС парентерально, затем орально со снижением дозы по схеме, азатиоприн 25 мг/сут. При плановых обследованиях сохраняются гипохромная анемия – гемоглобин 100 г/л, положительные а-НСV антитела (сумм.) при РНК HCV (ПЦР) отр., уплотнение стенок билиарного тракта, гиперэхогенность паренхимы печени. Обращает внимание дефицит веса (BMI -3.7SD), персистирующие боли в правой подвздошной области. По результатам консилиума необходимо проведение МР-энтерографии и решении вопроса о хирургическом лечении пациентки.

Вывод: поздняя диагностика Болезни Крона у пациентки привела к осложнениям в виде стеноза илеоцекального перехода. Постоянно обнаруживаемые антипаразитарные антитела, АТ к ХГВ, ХГС возможно неспецифичны, связаны с течением основного аутоиммунного заболевания, и значительно затрудняют первичную диагностику БК.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ШТАММОВ PSEUDOMONAS AERUGINOSA, ВЫДЕЛЕННЫХ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В МОСКВЕ

Садеева З.З., Новикова И.Е., Алябьева Н.М., Симонова О.И., Лазарева А.В.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Введение. Бронхолегочное воспаление у детей с муковисцидозом чаще связано с карбапенеморезистентным (*Carba-R*) *P. aeruginosa* (PA). Это серьезная глобальная проблема здравоохранения в педиатрии.

Цели. Определить чувствительность к карбапенемам, механизмы резистентности и генотипы штаммов PA, выделенных у детей с муковисцидозом (МВ).

Методы. За период 2015-2016 гг. было изучено 75 штаммов PA. Чувствительность к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом и с помощью E-тестов. Карбапенемазы выявляли методом ПЦР в режиме реального времени. Сиквенс тип (ST) проводили методом мультилокусного сиквенс-типирования (MLST).

Результаты. Среди исследованных штаммов PA 28 (37%) относились к категории нечувствительных к карбапенемам. У двух изолятов был найден ген blaVIM (2,6%). Металло-бета-лактамазы (МБЛ) blaNDM и blaIMP выявлены не были. Всего было выявлено 49 различных сиквенс-типов. Чувствительные штаммы чаще всего принадлежали к ST395, ST2595, ST235, ST291, ST571, ST244, ST260. Резистентные штаммы наиболее часто относились к ST235, ST2595, ST527, 788.

Выводы. Резистентность штаммов PA, выделенных у детей с МВ, чаще всего не связана с наличием МБЛ. Ген blaVIM был найден у 2 изолятов, относящихся к ST235. Это свидетельствует о наличии других механизмов резистентности к карбапенемным антибиотикам и необходимости их изучения. Наиболее часто среди всех исследованных штаммов встречались ST235, ST2595, ST244, ST527. Данные о клональной принадлежности, полученные в данном исследовании, свидетельствуют о большом генетическом разнообразии PA у пациентов с муковисцидозом.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С ПОВТОРНЫМИ ЭПИЗОДАМИ ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА

Салова А.Л., Козут Т.А., Мозжухина Л.И.

*Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль*

Актуальность. На сегодняшний день не представляется возможным выяснить причины возникновения повторных эпизодов обструктивного ларингита в 45% случаев. В связи с этим весьма актуально стоит вопрос поиска новых факторов риска рецидивов данного синдрома.

Цель исследования. Выявить психологические особенности у детей с повторными эпизодами обструктивного ларингита.

Материалы и методы. В исследование было включено 84 пары мать-ребенок. Средний возраст детей составил $5,17 \pm 1,05$. Дети (и их мамы) были разделены на 2 группы: 1 – с повторными эпизодами обструктивного ларингита ($n=34$), 2 – с одним эпизодом обструктивного ларингита ($n=50$) – (группа контроля). Детям и их мамам были проведены проективные методы диагностики (были предложены простые в исполнении проективные методики «Дом-Дерево-Человек» Дж. Бука, «Рисунок семьи», цветовой тест М. Люшера, тест «Несуществующее животное»), а также был использован «опросник акцентуации личности» К. Леонгарда. Статистическая обработка материала осуществлялась при помощи программы NanoStat 1,6.

Результаты исследования. Анализ проективных методик и интерпретация «опросника акцентуации личности» показали, что матери детей из 1 группы чаще имели низкую самооценку либо внутриличностный конфликт (88,2%) по сравнению с группой контроля (40,0%) ($p=0,0001$). Также у них отмечалась повышенная тревожность и демонстративный тип акцентуации характера в 3 и 6 раз чаще соответственно по сравнению со 2 группой ($p=0,000$). У детей с повторными эпизодами обструктивного ларингита была выявлена тревожность, недоверие к себе, чувство незащищенности в 79,4%, что почти в 10 раз выше, чем в контрольной группе детей с одним эпизодом обструктивного ларингита ($p=0,000$). Примечательно, что при анализе данных пары мама-ребенок удалось установить, что в 1 группе в 94,1% случаев присутствовал конфликт в семье между мамой и ребенком либо мамой и папой, в то время как в группе контроля он отмечался лишь в 20% ($p=0,000$).

Выводы. Дети с повторными эпизодами обструктивного ларингита имеют психологические особенности в виде тревожности, недоверия к себе, чувства незащищенности. У их матерей отмечаются повышенная тревожность и демонстративный тип акцентуации характера, низкая самооценка и внутриличностный конфликт. В семьях часто наблюдаются конфликты. Таким образом, возможными факторами риска повторных

эпизодов обструктивного ларингита у детей могут являться психологические особенности у детей и их матерей.

ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Салова А.Л., Козут Т.А., Мозжухина Л.И.

*Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль*

Актуальность. Гибкие навыки играют одну из ключевых ролей для построения успешной карьеры врача в современном мире. К последним можно отнести эмоциональный интеллект (EQ). С каждым годом увеличивается доля клиник, в которых главным критерием для отбора претендентов на должность врача является уровень эмоционального интеллекта, в то время как уровень IQ отходит на второй план. Под эмоциональным интеллектом понимают способность распознавать свои и чужие эмоции и управлять ими. EQ измеряет личные и социальные навыки, столь необходимые в практике врача любой специальности. Цель исследования. Изучить уровень эмоционального интеллекта у студентов медицинского вуза.

Материалы и методы. Проанализированы результаты детального теста на эмоциональный интеллект, состоящего из 60 вопросов с 5 вариантами ответа, у 29 студентов медицинского ВУЗа 3 курса педиатрического факультета. Из них – 2 юноши, 27 – девушки.

Результаты исследования. Подробный тест на эмоциональный интеллект рассматривает все 15 компонентов EQ. За максимальную оценку каждого компонента принималось 100%. Наши данные свидетельствуют о том, что большая часть респондентов имеет средний эмоциональный интеллект (58%), и только лишь у 21% студентов EQ был ниже среднего. EQ выше среднего имели 38%. При оценке эмоционального интеллекта было отмечено, что у студентов хорошо развиты такие показатели как самоуважение (среднее значение – 96,4%), межличностные отношения – 73%, эмоциональное восприятие – 73,7%, решение проблем – 72,7%, адаптивность – 71,3%. Чуть ниже были средние значения уровня оптимизма у респондентов – 66,1%, эмпатии – 65,9%, самомотивации – 65,8%, социальной ответственности – 65%, выражения эмоций – 64,4%, самоутверждения – 63,4%, удовольствия от жизни – 63,7%. Наиболее уязвимыми сторонами эмоционального интеллекта явились: саморегуляция – 54,2%, контроль импульсов и стрессоустойчивость по 51% соответственно. Примечательно то, что некоторые показатели варьировали от 0 до 100% у 14 студентов.

Выводы. Таким образом, большая часть опрошенных студентов медицинского вуза имели средний EQ, что говорит о хороших личных и социальных навыках. Развитие эмоционального интеллекта может являться одним из направлений медицинского образования будущего, что снизит риск профессионального выгорания и повысит профессиональные компетенции будущего врача.

АНГИОДИСПЛАЗИЯ КОЖНОГО ПОКРОВА И СЕЛЕКТИВНЫЙ ПОДХОД К СПОСОБАМ ЛЕЧЕНИЯ ЛАЗЕРНЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ

**Сафин Д.А., Горбатова Н.Е., Золотов С.А., Батунина И.В.,
Брянцев А.В.**

*Научно-исследовательский институт неотложной детской
хирургии и травматологии, Москва*

Цель. Капиллярная ангиодисплазия (КАД) кожи представляет собой увеличенные в диаметре и количестве капилляры с возможным вовлечением в патологический процесс конечных артериол или венул верх-



них слоев кожи. Эта сосудистая патология может иметь врожденный характер и ее отмечают у 0,3-0,5% новорожденных и приобретенный, в этом случае она может появиться после различных повреждений кожного покрова у 10-14% детей. На поверхности кожи КАД может быть представлена пятнами разного размера и цвета, от розово-красного и до сине-фиолетового, а также иметь вид извитых полосок, точек или «паучков». Наиболее типичной локализацией КАД являются открытые участки тела область лица и шеи (до 80%). С возрастом ребенка в области КАД могут возникать различные образования (пиогенные гранулемы, ангиомы, кожные узелки), при повреждении которых возможны осложнения – воспаление, кровотечение и другие. Данная патология причиняет значительный эстетический дискомфорт, снижает качество жизни человека и является медико-социальной проблемой. Многообразие клинических проявлений КАД, обусловлено этиологическим, морфологическим и гемодинамическим факторами, присутствием различных форм КАД. По классификации Международного общества по изучению сосудистых аномалий, КАД подразделяют на простые, сложные и синдромальные формы. Простые формы, в свою очередь можно разделить по этиологическому фактору на врожденные и приобретенные, по ангиоархитектонике на диффузные и локальные (питтехиальные, арахноидальные и линейные формы), с преобладанием артериального, венозного или смешанного кровотока. В настоящее время для лечения КАД применяют различные методы лечения, включая методики с использованием лазерного излучения. Однако ни один из них не обеспечивает результативность лечения с хорошим клиническим и эстетическим результатом, а также не исключает возникновение осложнений. В связи с этим, целью настоящей работы является улучшение результатов лечения КАД путем избирательного подхода к выбору наиболее перспективных для этой цели способом лазерной селективной фотодеструкции с учетом особенностей различных ее форм. Материалы и методы. В НИИ НДХИТ в течение последних двух лет проводят клиническое исследование для улучшения результатов лечения детей с ангиодисплазией кожного покрова. Для этого используют способы селективной лазерной фотодеструкции, объективно обоснованные для различных ее форм. В работе применяли «зеленое» 511 нм и «желтое» 578 нм излучение лазерного аппарата на парах меди «Яхрома Мед» (Россия), а также «желтое» 595 нм лазерного аппарата Vbeam Candela (США). По настоящее время проведено лечение 63 пациентам, в возрасте от 3 до 17 лет, с различной формой и локализацией КАД кожи. Варианты врожденной капиллярной ангиодисплазии кожи имели место у 23 (36,5%), а у 40 (63,5%) пациентов присутствовали приобретенные формы. Из общего количества пациентов, 42% (26) составляли дети в возрасте от 3 до 7 лет, а большее количество, 50% (31), были в возрасте от 8 лет и до 12 лет, детей старше 12 лет было не более 8% (6) от всех обратившихся. Всем больным в обязательном порядке до операции и в послеоперационном периоде выполняли диагностическое исследование области сосудистого образования (лазерный анализ капиллярного кровотока, дерматоскопию, УЗИ-исследование с доплерографией). Всем пациентам была выполнена транскутанная селективная лазерная фотодеструкция. Для удаления элементов врожденной диффузной формы КАД, с преобладанием артериального характера кровотока, эффективно использовали лазерное излучение желтого спектрального диапазона. Для устранения различного характера приобретенных сосудистых элементов, наиболее хорошо зарекомендовало себя лазерное излучение зеленого спектрального диапазона.

Результаты. В результате проведенного лечения у всех пациентов отмечены положительные клинические и эстетические результаты, уменьшены площади, интенсивности цвета или полное исчезновение патологических сосудов, а также отсутствие осложнений. Эстетические результаты по шкале GAIS оценили у 85% пациентов «отлично» и «хорошо» у 15%, плохих не было.

Закключение. Правильный выбор длины волны и режима лазерного излучения обеспечивает эффективную транскутанную фотодеструкцию патологических сосудистых структур с сохранением зоны роста кожи. Таким образом, селективный подход к способам лечения лазерным излучением различных ангиодисплазий кожи является необходимым для достижения оптимально возможных положительных результатов лечения данной сосудистой патологии.

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ С СОСУДИСТЫМИ АНОМАЛИЯМИ, МНЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ

Сафин Д.А., Романов Д.В.

Центр Сосудистой Патологии, Москва

Цель. К сосудистым аномалиям относятся опухоли (чаще всего встречаются младенческие и врожденные гемангиомы) и мальформации (капиллярные, венозные, лимфатические, артериовенозные). Отмечено, что число детей с сосудистыми аномалиями из года в год постепенно растет, что может быть связано как с улучшением диагностики данной группы заболеваний, так и с повышением информированности родителей и врачей. Но вместе с тем сохраняется определенная настороженность у врачей первичного звена, вызванная опасением спровоцировать рост сосудистого образования после проведения плановой вакцинации, что и обуславливает высокий процент ложных медицинских отводов от вакцинации у данной группы детей.

Целью нашей работы был анализ результатов вакцинации детей с различными сосудистыми аномалиями.

Материалы и методы. С января по февраль 2021 г. был проведен онлайн-опрос (Google forms), в котором приняли участие 85 родителей детей с различными сосудистыми аномалиями. Детей с младенческими гемангиомами было 55 (64,7%), капиллярная мальформация у 16 (18,8%), венозная мальформация у 5 (5,9%), лимфатическая мальформация у 9 (10,6%). Детей в возрасте от 0 до 3 месяцев было – 2 (2,4%), от 4 до 6 месяцев – 12 (14,1%), от 6 до 9 месяцев – 11 (12,9%), от 9 до 12 месяцев – 4 (4,7%), детей старше 1 года – 56 (65,9%). На момент прохождения опроса 23 детей (27%) с младенческими гемангиомами получало системную терапию, а 10 детей (11,8%) местное лечение бетаблокатором. Проходили курс лазерного лечения 24 (28,2%), склеротерапию 8 детей (9%). Не получали лечения на момент опроса – 21 ребенок (24%).

Результаты. На момент опроса 57 (67,1%) детей прошли вакцинацию. Решение о проведении вакцинации родители приняли самостоятельно в 53 (62,4%) случаях, в 37,6% (32), такое решение было принято после консультации с доктором. При этом родители в 70,6% (60) случаев сталкивались с мнением, что вакцинацию проводить нельзя. С рождения вакцинацию начали в 38 (44,7%) случаях, с 3 месяцев начали делать 3 ребенка (3,6%), с 6-12 месяцев 8 (9,4%), в возрасте старше года – 3 (3,6%), в 5 (5,8%) случаях ребенку начали делать вакцинацию, но затем в связи с возникновением различных причин, не проходят вакцинацию 28 детей (32,9%). 14 детей не прививаются по желанию родителей, а вторая половина не прививается из-за медотвода врачей. Осложнения в виде повышения температуры тела отмечена в 21% (12) случаев, в 12,2% (7) было припухание кожи в месте инъекции, а в 59,6% (34) никаких осложнений не наблюдалось, также были единичные случаи жидкого стула, длительного плача, увеличения региональных лимфатических узлов, мышечных судорог. После вакцинаций изменений со стороны сосудистой аномалии не было в 50 (87,7%) случаях, временное увеличение образования в 4 (7%) случаях, быстрый рост в 3 (5,3%) случаях. На вопрос можно ли проводить вакцинацию детям с сосудистыми аномалиями 66 (77,6%) родителей ответило утвердительно. Вне зависимости от проводимой вакцинации 69 (81,2%) родителей хотят делать прививки своим детям.

Закключение. Анализируя данные опроса, можно сделать вывод, что большая часть родителей готова прививать своих детей, но в 70%

случаев им приходилось сталкиваться с медотводом от вакцинации. В подавляющем большинстве случаев, после прививки не возникало осложнений со стороны сосудистой аномалии, только в трех случаях (5,3%), был отмечен рост образования, но следует отметить, что с причинно-следственной связью в этих случаях необходимо разбираться. Полученные в ходе тестирования данные позволяют убедиться, что вакцинация детей с сосудистыми аномалиями безопасна, и таких детей нужно прививать согласно Национальному календарю.

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ДЕТЕЙ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Серезкина Ю.В., Плахотникова С.В.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

12 Марта 2020 года ВОЗ объявила о пандемии новой коронавирусной инфекции. Россия занимает в настоящее время (декабрь 2020) 4 место по числу заболевших в мире. Дети составляют до 13% в структуре инфицированных SARS-CoV-2 в России. Молодые люди и дети менее восприимчивы ко всем CoV и SARS-CoV-2, но, тем не менее, наблюдается увеличение числа инфицированных детей. Учитывая возможность развития у детей таких осложнений, как сепсис, инфекционно-токсический шок, мультисистемный воспалительный синдром, острый респираторный дистресс-синдром, необходимо проведение своевременной диагностики и дифференцированного подхода к терапии.

Цель исследования. Анализ течения инфекции COVID-19 у детей в Самарской области.

Работа проводилась на базе ковидного госпиталя ГБУЗ «Самарская областная детская инфекционная больница (начальник госпиталя – доцент Кабанова Н.П.); проанализированы данные Роспотребнадзора по заболеваемости у детей, инфицированных SARS-CoV-2 в Самарской области с апреля по декабрь 2020.

В результате исследования выявлено: 25% детей переносят инфекцию бессимптомно; 68% случаев приходится на легкие и среднетяжелые формы. Клинические проявления характеризуются поражением верхних дыхательных путей (ринофарингит), поражением нижних дыхательных путей (бронхит, бронхиолит, пневмония). Госпитализировано в стационар 9% детей. Тяжелые формы заболевания наблюдались в 1% случаев инфекции COVID-19 у детей. Осложненные формы болезни развивались у детей с тяжелыми сопутствующими заболеваниями бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем. У одного ребенка с тяжелой формой COVID-19 наблюдался сахарный диабет. При анализе клинической картины основного заболевания отмечались, в основном, диспепсические расстройства (рвота, неустойчивый стул). Проведен анализ возрастных особенностей клиники коронавирусной инфекции и эффективности терапии. Проведение своевременной диагностики и терапии необходимо для предотвращения нежелательных исходов заболевания.

ФОКУС НА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД С 2019 ПО 2020 ГОД

Скепьян Е.Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Актуальность. Внебольничные заболевания верхних дыхательных путей (далее ВДП) бактериального генеза на амбулаторном этапе являются одной из самых частых причин, требующих назначения противомикробных лекарственных средств (далее ЛС). Выбор противомикробных препаратов

для лечения указанных заболевания бактериального генеза зависит от целого ряда факторов, в том числе знаний врача о региональных особенностях спектра, уровне резистентности наиболее актуальных возбудителей к антибактериальным препаратам.

Цель исследования: провести мониторинг спектра и чувствительности к противомикробным ЛС возбудителей, вызывающих внебольничные заболевания верхних дыхательных путей у детей.

Материал и методы. Были проанализированы результаты бактериологического обследования детей на флору и чувствительность к антибиотикам перед началом лечения, взятых из зева и носа у 822 пациентов с заболеваниями ВДП, обращавшихся за амбулаторным лечением в периоды с 01.01.2020 по 31.12.2020 на базе УЗ «3-я городская детская поликлиника» г. Минска. Бактериологическое исследование проводили в городской санитарно-эпидемиологической станции, центре эпидемиологии и микробиологии г. Минска.

Результаты. У 525 пациентов (63,8%) из 822 на фоне заболевания были обнаружены различные микроорганизмы, в исследование включали результаты пациентов с количеством обнаруженных патогенов в 104 степени и выше (n=456, 86,6%). Среди выделенных патогенов были представители грамположительной (n=372, 81,6%) и грамотрицательной (n=84, 18,4%) микрофлоры, у отдельных пациентов (n=62, 13,6%) были выявлены ассоциации из нескольких микроорганизмов. Среди представителей грамположительной флоры наиболее часто встречающимися возбудителями были *st. aureus* (n=300, 80,6% от грамположительных возбудителей), *st. pyogenes* (n=13, 3,5%), *st. pneumoniae* (n=59, 15,7%). Среди грамотрицательной флоры – *moraxella catarrhalis* (n=30, 35,7% от грамотрицательных возбудителей), *klebsiella pneumoniae* (n=24, 28,6% случаев), *haemophilus influenzae* (n=12, 14,3%), *enterobacter* (n=6, 7,1%), *pseudomonas aeruginosa* (n=3, 3,6%), у отдельных пациентов (n=9, 10,7%) были выявлены другие возбудители, например, *e. coli*, *proteus vulgaris*, *mirabilis* и др. При анализе чувствительности к противомикробным ЛС *staphylococcus aureus* был чувствителен к оксацилину (89%), клиндамицину (79,5%), эритромицину (75,4%), левофлоксацину (99,2%), цефазолину (98,9%), цефокситину (99,2%), гентамицину (96,6%), пенициллину (39,7%). Не чувствительный к оксацилину стафилококк (MRSA) был выявлен у 33 пациентов (11% от всех случаев выявления *St. aureus*) и был чувствителен к клиндамицину (82,4%), левофлоксацину (100%), гентамицину (88,9%), эритромицину (63,6%). *Streptococcus pneumoniae* чаще был выявлен у пациентов от 1 года до пяти лет (96,6%) и был чувствителен к тетрациклину (82,2%), хлорамфениколу (95,7%), эритромицину (51,1%), клиндамицину (57,5%), малочувствителен к пенициллину (36,9%) и оксацилину (38,6%). *Streptococcus pyogenes* был чувствителен в 100% случаев к амоксицилину, цефазолину, цефуроксиму, доксициклину, котримоксазолу (71,4%). *Moraxella catarrhalis* наиболее часто встречалась у мальчиков и девочек, преимущественно до пяти лет (66,7%) и была чувствительна к ципрофлоксацину (100%), азитромицину (100%), цефтриаксону (92,9%), тетрациклину (81%), амоксицилину/клавуланату (93%), цефазолину (70%), ампициллину (48%). *Klebsiella pneumoniae* в большинстве случаев (67%) встречалась в ассоциации с различными патогенами и была чувствительна к котримоксазолу (100%), цефепиму (100%), левофлоксацину (100%), цефуроксиму (83,3%), амикацину (95,5%) и не чувствительна к ампициллину. *Haemophilus influenzae* была высокочувствительна к тетрациклину (100%), ципрофлоксацину (90%), цефтриаксону (88,9%), хлорамфениколу (77,8%), ампициллину (60%), котримоксазолу (55,6%).

Выводы. Среди микроорганизмов, выявленных по результатам анализа мазков из зева и носа на флору и чувствительность к антибактериальным ЛС, преобладали грамположительные патогены: *staphylococcus aureus*, *streptococcus pneumoniae*. Среди грамотрицательной флоры – *moraxella catarrhalis*, *klebsiella pneumoniae*. Трудности в лечении пациентов с внебольничными заболеваниями ВДП, могут быть связаны с наличием: *staphylococcus aureus* не чувствительного к пенициллинам, в т. ч.



MRSA; streptococcus pneumoniae, малочувствительного к пенициллинам, макролидам, клиндамицину; klebsiella pneumoniae.

МОНИТОРИНГ СПЕКТРА И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ В ПЕРИОД С 2019 ПО 2020 ГОД

Скепьян Е.Н.

*Белорусский государственный медицинский университет, кафедра
клинической фармакологии, Минск, Беларусь*

Актуальность. Инфекция мочевыводящих путей (далее ИМП) – одно из наиболее частых заболеваний, наблюдаемых в педиатрической практике, одна из наиболее частых причин назначения антибиотиков и составляет около одной трети внутрибольничных инфекций. Escherichia coli (далее e. coli) – наиболее частый патоген, на долю которого приходится более трех четвертей внебольничных ИМП. Согласно результатам определения чувствительности к противомикробным лекарственным средствам (далее ЛС) e. coli, enterococcus faecalis (далее ent.) и другие бактерии становятся все более устойчивыми к амоксициллину, цефалоспорином, триметоприму и фторхинолонам как при нозокомиальных, так и при внебольничных инфекциях.

Цель исследования: провести мониторинг спектра и чувствительности к противомикробным ЛС возбудителей, вызывающих внебольничные ИМП у детей в сопоставлении с применяемой фармакотерапией.

Материал и методы. Были проанализированы результаты обследования на бактериурию перед началом антибиотикотерапии у 117 детей с ИМП, обратившихся за амбулаторной помощью в третью городскую детскую клиническую поликлинику г. Минска в период с 01.01.2019 по 31.12.2020. Бактериологическое исследование мочи проводили в городской санитарно-эпидемиологической станции, центре эпидемиологии и микробиологии г. Минска. В исследование включали пациентов со степенью бактериурии от 10⁵ до 10⁸ КОЕ/мл.

Результаты. У 54 (46%) из 117 пациентов были обнаружены различные возбудители и их комбинации, преобладали девочки (74,1%). У пациентов с выделенным одним возбудителем (n=49) среди доминирующей грамотрицательной микрофлоры (n=41; 75,9%), превалировала e. coli (n=28; 51,9%); удельный вес грамположительной микрофлоры составил 14,8% (n=8) с преобладанием ent. faecalis (n=6; 11,1%). У пациентов с обнаруженными комбинациями патогенов (n=5; 9,3%) в структуре бактериальных ассоциаций доминировали двухкомпонентные с основными ассоциантами e. coli и ent. faecalis (n=4). В структуре обнаруженных патогенов у детей с острым и хроническим пиелонефритом (n=4) преобладали грамотрицательные микроорганизмы: e. coli. (n=2), pseudomonas aeruginosa (n=1), ent. faecalis (n=1). Среди пациентов превалировали девочки от 12 до 16 лет. В группе пациентов с предварительным диагнозом ИМП (n=36, 66,7%) с выделенным одним возбудителем по результатам бактериурии девочек было большинство (n=33; 78,6%), третья часть пациентов принадлежала к возрастной группе до 1 года (n=12; 36%). Среди выделенных патогенов преобладали грамотрицательные микроорганизмы (n=29, 80,6%) с превалированием e. coli (n=20; 55,6%); у семи пациентов были обнаружены грамположительные микроорганизмы (19,4%) среди которых чаще встречался enterococcus faecalis (n=4). Бактериальные ассоциации с комбинацией различных возбудителей (n=5) были обнаружены у детей с ИМП, преимущественно у девочек (n=4) до трех лет (n=3). При анализе чувствительности к противомикробным ЛС оказалось, что e. coli (n=31, включая пациентов с выделением одного и более патогенов) была чувствительна к нитрофурантоину (95,5%), амоксициллину/клавуланату (67%), цефуроксиму (62,2%), цефотаксиму

(86,9%), ципрофлоксацину (82,4%), гентамицину (69,2%), в меньшей степени к ампициллину (37%), ко-тримоксазолу (22,2%). Ent. faecalis (n=10, включая микроорганизмы из бактериальных ассоциаций) был чувствителен к нитрофурантоину (100%), амоксициллину/клавуланату (100%), доксициклину (50%), линезолиду (100%).

Выводы. Учитывая риск возникновения рубцевания, вторичного сморщивания почек у детей, ИМП следует диагностировать и лечить незамедлительно, даже если они протекают малосимптомно. Особую сложность представляет лечение пациентов младшего возраста, с выделением двух и более патогенов (e. coli и ent. faecalis), пациентов с хроническим пиелонефритом, врожденными аномалиями мочевых путей. К препаратам выбора относятся β-лактамы, нитрофураны. 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.

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ У МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕССОМ

Скокарева Г.А., Левченко Л.А.

*Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского,
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова, Москва*

Данные мировой статистики свидетельствуют, что 27-36% детей, рожденных живыми, внутриутробно инфицированы, среди них более 2/3 недоношенных.

Цель работы заключалась в изучении обсемененности околоплодных вод и плаценты у рожениц с преждевременными родами, новорожденные которых имели дыхательные расстройства.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 285 рожениц и их недоношенных новорожденных, имеющих дыхательные расстройства. Из них: I группу составили 87 детей с ВУП, II – 83 ребенка с РДС и III – 85 новорожденных с ВУП+РДС. Гестационный возраст (ГВ) обследуемых был от 22 до 36 недель. Контрольная группа была из 30 условно-здоровых недоношенных новорожденных с ГВ 35-36 недель. Всем беременным проводился бактериологический контроль в родильном зале – околоплодных вод и тканей плаценты. Этиологически значимая обсемененность более 10⁵ КОЕ/мл.

Результаты исследования и их обсуждение. Обсемененность околоплодных вод у рожениц была выявлена только в 29,0%, а плаценты в 24,7% случаев, причем идентичность с флорой влагалища составила 60%. Наиболее частыми возбудителями, обнаруженными в околоплодных водах, были: •Enterobacter aerogenes – грамотрицательные условно-патогенные бактерии, встречаются в толстом кишечнике многих здоровых людей, способствуют развитию инфекционных заболеваний урогенитальной сферы. В I и III группах данный микроб выявлялся чаще в 2,3 и в 2,7 раз соответственно, чем во II группе. КОЕ больше 10⁶ и более была выявлена в I группе у 71,4%, во II – у 33,3% и в III – у 50,0% обследуемых; •Escherichia coli – высеваемость в I группе была в 1,5 раза больше и в III – в 1,8 раза чаще по сравнению со II группой. КОЕ больше 10⁶ и более была выявлена у всех обследуемых в I и III группах, во – II у 50,0%; •Candida albicans – обнаружен у рожениц во всех группах, однако он превалировал в I и III (в 2,6 раза и в 2,2 раза соответственно) по сравнению со II группой. КОЕ больше 10⁶ и более была выявлена в I группе у 76,9%, во II – у 80,0% и в III – у 72,7% женщин; •Streptococcus faecalis – чаще встречался в I и III группах обследуемых

(в 3,5 раза в 2,5 раза), чем во II группе. КОЕ больше 10^6 и более была выявлена в I группе в 71,4%, во II – в 50,0% и в III – 60,0% обследуемых; •Streptococcus agalactiae – стрептококки группы В могут переходить через целые оболочки и поражать внутриутробно плод. Стрептококки в таких случаях становятся причиной преждевременных родов, мертворождений и выкидышей. Стрептококковая инфекция группы В у новорожденных является самой частой причиной сепсиса, менингита и одной из частых причин пневмонии новорожденных. В группах обследованных данный микроб встречался чаще в I и III группах (в 1,5 раза и в 1,8 раза соответственно) по сравнению со II группой. КОЕ больше 10^6 и более была выявлена в I группе у 50,0% обследованных, во II – у 50,0% и в III – у 57,1 % пациенток. Количество колоний УПФ в околоплодных водах 10^6 и более было в I группе у 83,9% рожениц и III группе у – 74,1%, тогда как во II группе аналогичное количество микробных колоний встречалось только в 42,2%. Во всех обследуемых группах сочетанная бактериально-грибковая флора (кокки+грибы, палочки+грибы) обнаружена в 29,5% случаев. Степень колонизации УПФ 10^6 и более плацент рожениц обнаружена в I группе у 82,6% и в III группе у 78,8%, тогда как во II группе у 57,1% женщин. Общая высеваемость УПФ у беременных и рожениц составила 33,3%. Во всех обследуемых группах сочетанная бактериально-грибковая флора (кокки+грибы, палочки+грибы) обнаружена в 18,3% случаев. В результате проведенного анализа установлено, что в группе ВУП по сравнению с РДС превалировало: обсемененность УПФ околоплодных вод в 2,2 раза, а плаценты – в 2 раза. Уровень колонизации УПФ околоплодных вод 10^6 и более встречалась в 2 раза чаще в группе ВУП, чем в – РДС. А аналогичный показатель в плаценте превышал в 1,6 раза у обследуемых из группы ВУП, по сравнению с РДС. Выводы. Выявленные сдвиги микробного спектра у рожениц явились причиной патологического течения беременности, преждевременных родов, что обусловило в конечном итоге реализацию внутриутробной инфекции у плода и новорожденного. Так, в I группе диагностирована у всех новорожденных внутриутробная пневмония и у 8,9% генерализованная инфекция. Во II группе у 81,1% недоношенных новорожденных установлена внутриутробная пневмония. В III группе у всех детей диагностирована внутриутробная пневмония и у 3,3% генерализованная инфекция.

РОЛЬ ИМИДЖ-ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Слепцова М.А., Стежкина Е.В., Чадин В.В.

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

Актуальность: 1) В структуре причин младенческой смертности врожденные пороки развития (ВПР) составляют до 37%. 2) Пороки бронхолегочной системы часто протекают под маской других заболеваний, что затрудняет их своевременную диагностику. 3) Увеличение числа врожденных аномалий и наследственных заболеваний бронхолегочной системы связано с усовершенствованием имидж-диагностики рентген-компьютерной томографии (РКТ).

Цель исследования: •Разработать опорные анамнестические клинические маркеры для ранней диагностики врожденных пороков развития бронхолегочной системы у детей и показания на проведение РКТ-исследования при подозрении на данную патологию.

Задачи исследования: 1) Изучить особенности анамнеза пациентов с врожденными пороками развития бронхолегочной системы. 2) Выявить закономерности анамнеза и особенности клинической картины пациентов с ВПР бронхолегочной системы. 3) Изучить специфику рентгенологического исследования пациентов с врожденными пороками развития бронхолегочной системы.

Материалы и методы исследования: 1) Ретроспективное исследование историй болезни и амбулаторных карт 19 детей с врожденными пороками развития бронхолегочной системы на базе ГБУ РО «ОДКБ им. Н. В. Дмитриевой» и ГБУ РО «Городская детская поликлиника №7». 2) Оценка опорных признаков и динамики рентген-компьютерной томографии. Полученные результаты. Впервые была проведена оценка данных у детей с врожденными пороками развития бронхолегочной системы у детей в Рязанской области. Анализируя их структуру, мы выявили, что из 19 пациентов с пороками бронхолегочной системы превалирует число пациентов с аномалиями, обусловленными преимущественным нарушением развития бронхоэпителиального ветвления, их частота составляет 53%; аномалии, обусловленные комбинированными нарушениями развития нескольких структур, встречаются в 32% случаев, необычное клинически значимое расположение анатомических структур легкого – 10%, аномалии других тканей и органов выявлены всего в 5% случаев. Изучив данные анамнеза детей с ВПР бронхолегочной системы, мы отметили, что основной особенностью является ранний дебют легочных проявлений, с рождения, это было выявлено у 31% пациентов. На втором месте – атопический анамнез – 20%. Также можно выделить множественные врожденные пороки развития (МВПР)-9%. Реже встречаются следующие особенности: •Профессиональные вредности у матери (работа с ртутью) – 5%. •Двукратное обвитие пуповиной – 5%. •Асфиксия новорожденного (пациент закричал после реанимационных мероприятий) – 5%. •Сепсис и пневмония с образованием кист в периоде новорожденности – 5%. •Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) в неонатальном периоде – 5%. •Длительное нахождение на ИВЛ, бактериальная деструкция легких (БДЛ) – 5%. •Оперативное вмешательство по поводу атрезии пищевода – 5%. •Операции по разобщению трахеопищеводного свища, нанесению и устранению гастростомы – 5%. Пациенты предъявляли жалобы как на сухой мучительный кашель, так и кашель с обильным отделением мокроты, поперхивание во время еды. Среди респираторных нарушений наблюдались: •одышка усиленного характера с нарастанием при ходьбе, беге; •синдром «шумного», влажного дыхания; •ночной кашель, одышка. Аускультативно определялось наличие локальных изменений по типу влажных хрипов вне периода обострения. К сожалению, врожденные пороки развития бронхолегочной системы часто протекают под маской других заболеваний, что затрудняет их своевременную диагностику. Некоторым пациентам правильный диагноз не был выставлен вовремя: пороки протекали под масками бронхита и бронхиальной астмы (в одинаковом количестве – 43%), реже под маской пневмонии – 14%. Выводы: 1) Большинство пациентов с ВПР бронхолегочной системы имеют отягощенный анамнез, наиболее характерной чертой которого является ранний дебют заболевания (с рождения). 2) Основным клиническим маркером ВПР бронхолегочной системы является рецидивирующий характер пневмонии или бронхита и упорный кашлевой синдром. 3) Имидж-диагностика (РКТ) является золотым стандартом диагностики ВПР бронхолегочной системы.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. ГРОЗНОГО

Хамидова М.М., Шишханова Б.А., Бушуева Т.В., Боровик Т.Э.
Детская клиническая больница №2, Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Грозный, Москва

Введение. Первые 1000 дней жизни ребенка являются «критическим периодом», когда такие факторы окружающей среды, как питание, социально-экономический уровень семьи, наличие/отсутствие острых инфекционных заболеваний и других травмирующих воздействий, определяют пути реализации генетической информации, полученной ребенком от родителей, и программируют будущее здоровье. Особенно



значимы эти факторы в грудном и раннем возрасте, что обусловлено бурно протекающими процессами роста и развития ребенка, формированием структуры и становлением функций всех органов и систем. Цель. Оценить структуру заболеваемости и определить долю инфекционных и алиментарно-зависимых состояний у детей грудного и раннего возраста, проживающих в г. Грозном и других районах Чеченской Республики.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы сведения за 2019 год об общей заболеваемости детей в возрасте с рождения до полных 4-х лет, получивших лечение в детской клинической больнице №2 г. Грозного. Для описания использована годовая форма отчета №12, коды международной классификации болезней 10, программа Microsoft Excel 2010. Сделан акцент на заболеваемость анемией (D50-D64), рахитом (E55.0), эндемическим зобом с йодной недостаточностью (E01.0-2), также приведены данные по числу кишечных (A00-A09), острых респираторных инфекций (J00 – J06), воспалительных процессов среднего уха (острый и хронический отиты) (H60 –H66). Основные результаты. За указанный период у детей грудного и раннего возраста зафиксировано 9808 случаев различных заболеваний, среди них анемии – у 607 пациентов, что составляет 6,2% от общего числа больных указанного возраста и 74,4% среди пациентов с болезнями крови. Рахит установлен у 18 (12,7%) из 142 детей, имеющих различные болезни эндокринной системы. В этой группе заболеваний эндемический зоб, связанный с йодной недостаточностью, был обнаружен у 55 (38,7%) детей, что от общего числа пациентов в возрасте до 4-х лет составило 0,6%. Из 492 инфекционных и паразитарных заболеваний кишечные инфекции составили 332 случая (67,5%), а по отношению к общему числу пациентов 3,4%. Острые и хронические отиты диагностированы у 214 детей, что соответствовало 2,2% от общего числа заболевших детей грудного и раннего возраста, острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей – у 2751 пациентов (53% в группе болезней органов дыхания и 28% от общего числа больных).

Выводы. 1. Среди алиментарно-зависимых заболеваний у детей с рождения до 3-х лет, проживающих в г. Грозном и других регионах Чеченской Республики чаще всего диагностируются анемии; невысокие показатели встречаемости рахита могут быть связаны с его гиподиагностикой. 2. В структуре заболеваемости преобладают острые инфекционные заболевания верхних дыхательных путей, среднего уха, желудочно-кишечного тракта, что может быть косвенным свидетельством снижения иммунологической защиты вследствие особенностей питания, а также дефицита таких эссенциальных микронутриентов, как витамин D. 3. Относительно высокая встречаемость эндемического зоба с йодной недостаточностью у детей раннего возраста свидетельствует о недостатке йода в их питании. 4. Полученные сведения указывают на необходимость проведения дальнейших исследований по изучению структуры и особенностей питания детей Северо-Кавказского региона, разработки мероприятий по оптимизации питания и профилактике алиментарно-зависимых заболеваний с учетом национальных традиций.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА И ЕЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С GESTАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Харитонов Л.А., Папышева О.В., Маяцкая Т.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница №29 им. Н.Э. Баумана, Москва

Цель исследования. Определить видовой состав и особенности метаболической активности микробиоты кишечника у детей раннего возраста, рожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом. Материал и методы. Проведено исследование состояния микробиоце-

ноза кишечника (КМ) 84 детей в возрасте 1-3 лет, из них 42 ребенка от матерей с гестационным сахарным диабетом на диетотерапии (ГСД ДТ), 30 детей от матерей с гестационным сахарным диабетом на инсулинотерапии (ГСД ИТ), 12 детей от матерей без нарушения метаболизма (КГ). Исследованию подлежали: качественный состав КМ методом ngs-секвенирования микробиоты; концентрация короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) методом газо-жидкостной хроматографии подкисленного супернатанта кала; интенсивность микробной обсемененности кала жизнеспособными бактериями методом посева на жидкие агаризованные среды; копрологические показатели микроскопическим методом. Рассчитывался индекс Шеннона для количественного определения биоразнообразия микробного сообщества кишечника. Полученные данные статистически обработаны при помощи программных пакетов MS Office Excel 2010 и Statistica 8.0.

Результаты исследования. В исследуемых группах чаще выделялись Actinobacteria и Firmicutes, реже Proteobacteria и Bacteroidetes, что соответствует данным последних исследований. У детей от матерей с ГСД ИТ распространенность Actinobacteria ниже, чем в КГ ($p=0,033$), а у детей от матерей с ГСД ДТ Firmicutes выше, чем в КГ ($p=0,039$). Бактериологическое исследование показало, что жизнеспособные, типичные для нормального микробиоценоза бактерии, растущие на агаризованной среде, имеют тенденцию к уменьшению выявляемости в ряду: КГ – ГСД ИТ – ГСД ДТ. При исследовании микробиоценоза методом ngs-секвенирования медиана индекса Шеннона в исследуемых группах имела тенденцию к увеличению в порядке: КГ – ГСД ДТ – ГСД ИТ, что говорит, о наибольшем видовом разнообразии бактерий у детей в группе ГСД ИТ. У детей от матерей ГСД ДТ и ГСД ИТ в большем количестве выявлены бактерии принадлежащие к кластеру Clostridium XI (Clostridium hiranonis). Но в группе ГСД ИТ чаще, чем в КГ встречались бактерии Actinomyces spp. ($p=0,023$).

Таким образом, увеличение биоразнообразия КМ у детей исследуемых групп связано с увеличением встречаемости представителей Firmicutes, а в группе ГСД ИТ еще и за счет компенсаторного роста Actinobacteria. Показатели функциональной активности КМ у детей, рожденных от матерей с ГСД ИТ и ГСД ДТ, не имели статистически значимых отличий между собой, но суммарный уровень КЖК в группе ГСД ИТ достоверно выше, чем у детей из КГ ($p=0,036$). Также у детей от матерей с ГСД ИТ концентрация капроновой кислоты в кале выше, чем в КГ ($p=0,039$). В группах ГСД ИТ и ГСД ДТ отмечена корреляция показателей функциональной активности с Bacteroidetes и Proteobacteria. В КГ выявлены корреляции КЖК с бактериями типа Firmicutes. Вероятно, повышенная функциональная активность у детей от матерей с ГСД связана с тем, что КМ представлен широко дифференцированным бактериальным сообществом, обладающим высоким протеолитическим потенциалом. При оценке взаимосвязи бактерий с показателями микроскопии кала у детей от матерей с ГСД наблюдаются корреляционные связи Firmicutes с количеством нейтрального жира в кале. В КГ выявлены прямая корреляция между Actinobacteria и количеством йодофильной нормальной флоры и обратная корреляция Firmicutes и внутриклеточного крахмала. Вероятно, в норме на фоне физиологической недостаточности ферментов у детей раннего возраста, может повышаться количество нормальной йодофильной флоры (чаще представители Firmicutes), для расщепления простых углеводов, образующиеся при ферментации сложных углеводов Actinobacteria. А с ростом Firmicutes отмечается снижение количества внутриклеточного крахмала в толстой кишке. Таким образом регулируется состав КМ. Вероятно, широкая представленность условно-патогенных микроорганизмов типа Firmicutes способствует более высокой утилизации нейтрального жира из толстой кишки, чем в КГ.

Выводы. 1. Видовое разнообразие условно-патогенных бактерий больше у детей от матерей с ГСД. Биоразнообразие КМ увеличивается в ряду КГ – ГСД ДТ – ГСД ИТ. Но в группе ГСД ИТ выше представленность нормофлоры, чем в группе ГСД ДТ, что свидетельствует о наличии компенсаторных

механизмов. 2. Функциональная активность КМ у детей от матерей с ГСД высокая, но за счет протеолитически активных микроорганизмов. 3. В будущем формирующийся дисбиотический КМ у детей от матерей с ГСД может индуцировать развитие метаболических нарушений.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОБИОТИКОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Харченко О.Ф., Обухович В.Р., Лисицына А.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Атопический дерматит (АД) – одно из более распространенных заболеваний кожи в детском возрасте, приобретает в последние годы большое медико-социальное значение из-за его неуклонного роста. По современным представлениям АД – мультифакториальное заболевание, развитие которого тесно связано с генетическими дефектами иммунного ответа и отрицательным влиянием техногенных факторов внешней среды. Кроме того, чрезвычайно важным фактором риска возникновения и утяжеления течения АД является патология органов желудочно-кишечного тракта, особенно дисбиоз кишечника, который выявляется у 89-94% детей. Поэтому нормализация микробиоты кишечника является одной из приоритетных задач терапии атопического дерматита, а в перспективе – и «блокирующим» звеном реализации аллергического марша. Цель. Оценить эффективность включения в базовую терапию атопического дерматита у детей современного симбиотического лекарственного средства.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 70 детей в возрасте от одного до трех лет с атопическим дерматитом легкой и средней степени тяжести в стадии обострения с сопутствующим дисбиозом кишечника. Комплекс обследования: тщательный сбор анамнеза, клинический осмотр, общеклинические анализы, копроцистограмма, бактериологическое исследование кала, анализ кала на дисбактериоз, определение уровня IgE общего, IgE-антител к пищевым аллергенам, IgM и IgG к лямблиозному и аскаридозному антигенам. Оценку кожных изменений проводили по индексу SCORAD. В исследование не включали детей с различными гельминтозами. Для сравнительной оценки эффективности лечения пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, тяжести АД, степени выраженности дисбиотических нарушений в кишечнике. Все дети получали комплексную терапию, включающую элиминационную диету, сорбенты, ферменты, местно – топические кортикостероиды, эмолианты, H1-гистаминоблокаторы (по показаниям). Дети первой группы, помимо общего лечебного комплекса, дополнительно получали симбиотик на основе *Lactobacillus rhamnosus GG* в сочетании с FOS (фруктоолигосахарид – рафтилоза) в возрастной дозе за 30 минут до приема пищи в течение 3-х недель. Для расчетов использован статистический пакет прикладных программ Statistica 7,0 для операционной системы Windows XP.

Результаты исследования. Наиболее типичными жалобами пациентов были: снижение аппетита (67,9%), спорадический жидкий стул неприятного кислого или гнилостного запаха (85,7%), иногда со слизью, метеоризм, отставание в физическом развитии (42,6%). В анамнезе были выявлены следующие факторы риска: наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям у 74,1% пациентов, из них по линии матери – у 55,8%, по линии отца – у 30,2% и по обеим линиям – у 14%; ранний перевод на искусственное вскармливание – у 51,7% обследованных; перенесенный или впервые констатированный рахит – у 29,3%; анемия легкой степени – у 37,9%, средней степени тяжести – у 8,6%. При сопоставлении результатов лечения детей 1-ой и 2-ой групп выявлены существенные различия как в отношении симптомов АД, так и показателей анализа кала на дисбактериоз. У детей основной группы

индекс SCORAD снизился с 17,4 баллов до 3,2, у детей же контрольной группы с 17,9 до 10,5 ($p \leq 0,01$). У 89% детей основной группы после трех недель приема симбиотика нормализовались показатели анализа кала на дисбактериоз (увеличение до референтных значений уровня бифидобактерий и лактозопозитивной кишечной палочки, снижение концентраций золотистого стафилококка и вульгарного протей). В контрольной группе этот показатель составил 57% ($p \leq 0,05$). У детей обеих групп отмечена положительная динамика клинических симптомов, показателей копроцистограммы, нормализация стула, ночного сна. Выводы. Введение в комплексную терапию симбиотика на основе *L. Rhamnosus GG* + FOS приводит к значительной положительной динамике течения атопического процесса, и к нормализации показателей кишечной микробиоты, что, несомненно, удлиняет длительность ремиссии АД и улучшает качество жизни пациентов.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У МАЛОВЕСНЫХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Ходжамова Н.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра неонатологии, Ташкент, Узбекистан

Одной из наиболее актуальных проблем акушерства и неонатологии является невынашивание беременности и рождение детей низкой массой тела в результате преждевременных родов или внутриутробной задержки роста плода. По данным ВОЗ для таких детей среди новорожденных составляет от 5 до 16%.

Цель исследования: провести сравнительный анализ нозологической структуры инфекционной патологии у маловесных недоношенных детей с бактериальной инфекцией в зависимости от срока гестации. Материалы и методы исследования. В исследование было включено 180 маловесных недоношенных новорожденных родившихся с бактериальной инфекцией. Все маловесные недоношенные новорожденные в зависимости от срока гестации были подразделены в 3 группы: I группа – новорожденные со сроком гестации 25-31 недели, II группа – со сроком гестации 32-34 недели и III группа – дети срок гестации 35-37 недель. В ходе исследования был проведен анализ истории болезни новорожденного.

Результаты исследования: анализ нозологической структуры инфекционной патологии показал, что у маловесных недоношенных детей с бактериальной инфекцией инфекция реализовалась в виде врожденной бронхопневмонии, неонатального бактериального сепсиса, менингоэнцефалита, остеомиелита, стафилодермии, конъюнктивита и омфалита. Сравнительный анализ среди детей в зависимости от срока гестации показал, что бронхопневмония встречалась во всех группах почти в равных количествах, что соответственно составило в I группе – 86,7±4,6%, во II группе – 77,8±5,1% и в III группе – 83,3±5,1% случаев. Неонатальный сепсис достоверно ($P < 0,05$) чаще встречался в группе маловесных недоношенных детей с бактериальной инфекцией со сроком гестации 25-31 неделя (86,7±4,6%), чем у детей более 32 недели гестации (61,1±5,7% и 41,7±6,7%). В группе маловесных детей со сроком гестации 25-31 неделя в 3 случаях, а в группе новорожденных со сроком гестации 32-34 недели в 1 случае наблюдался менингоэнцефалит в сочетании с неонатальным сепсисом, который протекал крайне тяжело и закончился летальным исходом. Также в наших исследованиях наблюдались случаи остеомиелита бедренной кости, данная патология чаще встречалась в группе детей со сроком гестации 25-31 неделя в 13,3±4,6% случаев, в группе детей со сроком гестации в 5,6±3,1% случаев, а в группе детей со сроком гестации 35-37 недель остеомиелит не наблюдался. Стафилодермии в виде везикулопустулеза, пузырьчатки встречались во всех подгруппах вне зависимости от срока



гестации, но достоверно чаще ($P < 0,001$) наблюдалась у маловесных детей со сроком гестации 35-36 недель ($23,3 \pm 6,7\%$ против $6,7 \pm 4,6\%$), за счет неправильного ухода за маловесными недоношенными детьми. Конъюнктивит и омфалит также достоверно чаще ($P < 0,001$) встречался в группе новорожденных детей со сроком гестации 35-36 недель.

Выводы. Таким образом, наши исследования показали, что в структуре инфекционной патологии у маловесных недоношенных детей с бактериальной инфекцией преобладает врожденная бронхопневмония, неонатальный сепсис, менингоэнцефалит и остеомиелит. В группе детей со сроком гестации 25-31 неделя инфекционная патология протекала тяжелее.

К ВОПРОСУ ОБ УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Холодова И.Н., Нечаева В.В.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Целью работы было выявить особенности влияния различных видов вскармливания на качество жизни детей первых месяцев жизни.

Материалы и методы: сбор анамнеза, жалоб, определение физического развития детей, частоты встречаемости различных функциональных состояний, лабораторные методы: копрология, анализ кала на кальпротектин, биохимический анализ кала на короткоцепочечные жирные кислоты (КЖК) в 1-й и 30-й дни исследования. Под наблюдением находилось 76 детей в возрасте от 1 и до 6 мес. Исследуемые были разделены на 3 группы: 38 детей, получавшие смесь на основе козьего молока (Группа 1); 18 детей, получавшие смесь на основе коровьего молока (Группа 2); 20 детей, получавшие грудное молоко (Группа 3). Выявлено, что во всех группах была относительно одинаковая частота функциональных гастроинтестинальных расстройств (ФГИН) в начале исследования. Через 1 месяц в 1 группе наблюдалось уменьшение частоты встречаемости коликов по сравнению с детьми 2 и 3 групп, что косвенно говорит об улучшении процесса пищеварения у них. По анализу частоты и интенсивности срыгиваний была отмечена достоверная разница в их исчезновении у детей всех групп. При анализе копрограмм было отмечено: у детей 1 группы отмечалось снижение уровня жирных кислот, что свидетельствует об улучшении процессов всасывания в кишечнике и подтверждает легкое усвоение жирового компонента смеси, при этом у детей 2 группы наблюдалась тенденция к их увеличению. Мыла возрастали во всех группах, более выражено во 2 группе. Крахмал у детей 1 группы снижался по частоте, у детей 2 группы возрастал и увеличивался качественно, в 3 группе уменьшался по частоте, но увеличивался по количеству. Показатели слизи и лейкоцитов, отражающие склонность к аллергии и воспалению слизистой, снижались у детей 1 и 2 групп и незначительно увеличивались в 3 группе. Йодофильная флора, характеризующая процесс нарушения формирования микрофлоры кишечника, снижалась у детей 2 группы по количественному признаку, а у детей 1 и 3 групп несколько нарастала, но разница оказалась не достоверной. Из вышесказанного можно сделать вывод, что у детей из 1 группы большинство показателей приближалось к показателям детей, находящихся на грудном вскармливании. Так же при определении фекального кальпротектина, были получены данные, которые позволяют предположить, что у детей, получавших смесь на основе козьего молока, не только улучшается процесс переваривания пищи, но и уменьшается воспалительный процесс в кишечнике, о чем, помимо косвенных свидетельств в виде снижения копрологических показателей слизи и лейкоцитов, говорит снижение фекального кальпротектина с 91 ± 60 в 1 группе и 251 ± 48 в 3 группе, до 80 ± 25 и 142 ± 31 соответственно. Однако это предположение требует дальнейшего изучения. В 3 группе детей происходило значительное уменьшение этого показателя, а во 2 группе данный показатель увеличивался. Во всех группах в общем от-

мечен рост метаболической активности микрофлоры кишечника, а также в среднем общий уровень КЖК вырос. Во всех трех группах выявлена тенденция к повышению АИ (аэробного индекса), что может говорить о нормальном становлении микробиоты. У всех детей наблюдалась также активизация синтеза бутирата (масляной кислоты), регулирующего процессы пролиферации слизистой кишечника. Во 2 группе детей отмечалась тенденция к увеличению содержания пропионовой кислоты, что может свидетельствовать о гиперколонизации анаэробной флорой с пропионовокислым брожением, а в сочетании с обнаруженным избытком крахмала в копрологии у этих детей косвенно говорит о ферментопатии. При этом у детей 1 и 3 групп данный показатель уменьшался. Отмечалось отсутствие роста разветвленных изоформ КЖК у детей 1 и 3 групп, что свидетельствует об улучшении метаболизма кишечной микрофлоры, при этом функциональная активность микрофлоры кишечника улучшается за счет сахаролитической микрофлоры. В то время как у детей 2 группы этот показатель увеличивался.

Таким образом, анализируя полученные данные, можно предположить, что для здорового питания детей в случае гипогалактии у их матерей, можно рекомендовать адаптированные смеси на основе козьего молока, что позволит обеспечить профилактику функциональных расстройств ЖКТ, снизить вероятность воспаления слизистой кишечника, обеспечить комфортное пищеварение. Смеси на основе козьего молока имеют ряд преимуществ по отношению к смесям на основе коровьего молока и приближаются по эффективности к показателям детей, получающих грудное вскармливание.

ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ ГИГРОМ У ДЕТЕЙ И ПЕРСПЕКТИВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА ЭНДОКАВИТАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ФОТОТЕРМОДЕСТРУКЦИИ

**Чурсин В.А., Горбатова Н.Е., Дорофеев А.Г., Золотов С.А.,
Батунина И.В., Брянцев А.В.**

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Введение. Гигрома (ганглион) – синовиальное кистозное округлое или овальное малоподвижное образование, размером до 4-5, иногда до 7 см в диаметре, возникающее вследствие дегенеративно-дистрофического процесса, протекающего в синовиальной оболочке суставной капсулы или сухожильном влагалище. Гигрома составляет до 60% обращений в клинику по поводу доброкачественных опухолевидных образований, наиболее часто встречается в период от 3 до 15 лет, чаще болеют мальчики. Наиболее часто гигрома локализуется в области тыльной поверхности кисти, стопы, лучезапястного сустава, также пястно-фаланговых и межфаланговых сочленений, реже локтевого и голеностопного суставов, расположенная в подколенной области – киста Бейкера, нередко просвет гигромы посредством капсульной ножки соединен с полостью сустава. До настоящего времени, несмотря на существование большого количества разнообразных хирургических и консервативных методов, неудовлетворительный результат лечения, включая рецидив заболевания, отмечают от 15% и до 50% случаев, что связано с неэффективностью большинства из них. Консервативное лечение гигром с использованием тепла, УВЧ, магнитотерапии, парафиновых и грязевых аппликаций, рентгенотерапии, облучение ультрафиолетом и другие неэффективны, частота рецидивов при этом достигает 80%. При различных модификациях пункционных и хирургических методов лечения гигром, рецидив кистозного образования отмечают в среднем в 30-50% случаев, а также не исключено развитие послеоперационного рубца. Различные существующие способы лечения гигром с использованием лазерного излучения не обеспечивают полного отсутствия рецидива заболевания, а при использовании относительно большой мощности

и длительности воздействия не исключают значительное термическое повреждение окружающих тканей и развитие деформирующих рубцов с нарушением функции сустава. Таким образом, до настоящего времени сохраняется проблема эффективного лечения гигром с хорошим клиническим результатом, что обуславливает разработку новых современных и высокоэффективных способов лечения данной патологии.

Цель. Настоящая работа выполнена для улучшения результатов лечения гигром путем использования специально разработанного для этой цели способа эндокавитальной лазерной фототермодеструкции. **Материалы и методы.** Работу выполняли с использованием полупроводникового лазерного аппарата с длиной волны 1,96 мкм ЛСП «ИРЭ-Полюс», Россия. Для реализации способа эндокавитальной фототермодеструкции оболочек гигромы выполняли манипуляцию пункцию полости гигромы с введением через манипуляционную иглу световода для доставки туда лазерного излучения. Способ реализовывали непрерывным лазерным излучением 1,96 мкм с мощностью от 1 Вт до 3 Вт, в течение 3 ± 2 секунды. В конце манипуляции световод и иглу удаляли и накладывали давящую повязку с локальным пелотом. Выбор режимов лазерного излучения, мощность и время экспозиции осуществляют в зависимости от размеров кистозного образования, на основании данных ультразвукового исследования (УЗИ) и объема удаленной пункционной жидкости. В НИИ НДХиТ были выполнены клинические исследования, которые подтвердили высокую эффективность данного способа результатами лечения 18 детей с гигромой. Гигромы у 15 пациентов имели локализацию в области кисти и стопы, а у 3 пациентов была киста Бейкера. Всем пациентам была выполнена однократная манипуляция, реализующая способ, под местной комплексной аппликационной и инъекционной анестезией и проведено в сроки 8 ± 4 месяца наблюдение в динамике.

Результаты. После однократной манипуляции, эндокавитальной лазерной фототермодеструкции, у всех пациентов, при контрольном динамическом наблюдении был отмечен радикальный клинический результат, подтвержденный данными УЗИ.

Заключение. Результаты клинического применения способа, эндокавитальной лазерной фототермодеструкции, показали высокую эффективность его даже в случае однократного использования, а также определили перспективу применения в амбулаторных условиях широкой клинической практике у детей и взрослых.

СТАТИЧЕСКАЯ И ДИНАМИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИИ В КОРСЕТИРОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СКОЛИОЗОМ. КАКОЙ ПОДХОД НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН?

Шавырин И.А., Колесов С.В.

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

Актуальность. Первые теоретические исследования о возможности использования CAD/CAM-технологий в медицине были предложены в середине 80-х годов, в последующем эти технологии активно используются в стоматологии, затем в ортезировании. Появление научных публикаций, подтверждающих эффективность корсета Шено, наряду с новыми компьютерными технологиями позволяют проводить консервативное лечение на качественно новом уровне.

Цель исследования. Улучшение эффективности использования корригирующих корсетов типа Шено, изготовленных по технологии CAD/CAM при лечении идиопатического сколиоза у детей и подростков. **Материал и методы.** С 2010 по 2021 г. проанализированы результаты корсетного лечения 136 пациентов (26 юношей и 110 девушек), страдающих идиопатическим сколиозом, которые завершили корсетный этап лечения: 54 (39%) либо по настоящее время находятся на корсетном лечении: 82 (61%). Статический корсет (изготовленный по технологии

гипсового слепка) использовался у 64 пациентов, динамический корсет (изготовленный по технологии 3D-моделирования) применен у 72 больных. Возраст пациентов от 3 до 19 лет, угол деформации составлял от 20 до 50 градусов по Коббу на фронтальной спондилограмме, выполненной стоя. Пациентам проводилась корсетотерапия по методике Шено в комплексе с регулярными занятиями лечебной физкультурой (Шрот-терапия). В исследовании использованы окончательные результаты корсетотерапии 25 пациентов с статической (группа А) и 25 с динамической (группа Б) моделью корсета Шено. Оценка результатов проводилась по следующим параметрам: средние сроки адаптации к корсету, коррекция угла деформации в процессе корсетотерапии и после окончания лечения, результаты сколиометрии (ротация верхнего позвонка) в процессе и после окончания лечения, средний срок службы корсета.

Результаты и обсуждение. Средние сроки адаптации (время выхода на 18-21 час/сут) к корсету пациентов группы А составили 21-28 дней, группы Б: 14-20 дней. Средний угол деформации до лечения составил 31 градус по Коббу ($30,7 \pm 5,5$). Первичная коррекция в корсете проводилась после адаптации пациента к ортезу (через 3 месяца после назначения корсета) и достижения времени ношения в сутки 18-21 часов по рентгенограмме позвоночника, выполненной в корсете стоя. Средняя коррекция как в группе А и в группе Б составила 33% и 35% и позволила уменьшить средний угол деформации с 31 до 20 градусов. Средний угол деформации после отмены корсета (по данным рентгенографии позвоночника в сроки 6-9 мес) составил в группе А: $27,7 \pm 4,6$ и $25,4 \pm 3,8$ в группе Б, уменьшив первичный (максимальный) угол на 3,3 (10,6%) и 5,6 (18,1%) соответственно. По результатам сколиометрии в группе А ротация верхнего позвонка уменьшена на 4° в процессе лечения и на 1° после отмены корсета. В группе Б ротация верхнего позвонка уменьшена на 6° в процессе лечения и на 3° после отмены. Средний срок службы статического корсета составил 7 ± 2 мес., динамического 14 ± 3 мес. Таким образом, адаптация к динамическому корсету происходит в среднем в 1,5-2 раза быстрее, чем к статическому корсету. Нами не было выявлено принципиальной разницы первичной коррекции в исследуемых группах, однако в отдаленные сроки (6-9 мес. после полной отмены) нами получены лучшие результаты по деротации и коррекции сколиотической дуги в группе пациентов с динамическими корсетками.

Заключение и выводы. Эффективность корсетотерапии зависит от следующих факторов: личного участия пациента – времени ношения корсета в сутки, степени коррекции, а также технологии, с помощью которой изготовлен корригирующий корсет. Использование динамических корсетов Шено при лечении сколиоза позволяет в более ранние сроки адаптироваться к ортезу, проводя более эффективную деротацию в процессе лечения с лучшими показателями окончательного результата применения корсета. Корсеты, изготовленные с использованием технологии CAD/CAM, имеют более длительный срок службы.

ОПЫТ ОРТОПЕДО-ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Шавырин И.А., Кудряков С.А., Колесов С.В.

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

Цели и задачи. Разработка оптимальных диагностических и лечебных мероприятий, направленных на улучшение результатов лечения пациентов с нейромышечными деформациями позвоночника.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находятся 32 больных с паралитическими деформациями позвоночника: с сирингомиелией – 8 пациентов, опухолями спинного мозга – 6, страдающих детским церебральным параличом – 3, менингомиелорадикулоче – 4, на фоне нервномышечных заболеваний – 11 (атаксия Фридрейха – 1, спинальная мышечная атрофия II тип – Верднига-Гоффмана – 6, болезнь Дюшенна – 2, врожденная мышечная



дистрофия – 3, врожденная миопатия – 1, спинальная мышечная атрофия III тип – Кюгельберга-Веландер – 2). Оперативное лечение заключалась в наложение гало-аппарата – 20 больных. Дорсальная коррекция и фиксация позвоночника проведена 32 пациентам.

Результаты и обсуждение. Сроки наблюдения после операции составили в среднем 24 месяца (от 9 до 38). В результате лечения коррекция сколиотической деформации в среднем составила 62% (с 86 до 33 градусов), значение грудного кифоза после операции удалось приблизить к физиологическому (45 град. в среднем). Перекос таза уменьшен на 56% (с 34 град. до 15 град. в среднем). Уменьшение глобального фронтального баланса составило с 28 мм до 12 мм в среднем (58%), что позволило сидячим пациентам находиться в кресле-каталке в более физиологичном положении и испытывать меньший дискомфорт. Основным методом мобилизации позвоночника мобильных деформаций являлась гало-тракция в ортопедическом кресле в течении 10-21 суток. Для мобилизации ригидных нейромышечных деформаций позвоночника у большинства больных мы использовали заднюю мобилизацию позвоночника с использованием остеотомии по Смит-Петерсону. Для дорсальной фиксации позвоночника применялись винтовые и комбинированные системы фиксации (субламинарные фиксаторы – крючки, серкляжи и транспедикулярные винты). Важным моментом являлась многоуровневая фиксация с установкой большого числа опорных элементов (желательно фиксировать каждый сегмент сколиотической дуги). Многоуровневая фиксация позволяла равномерно распределить нагрузку на опорные элементы позвоночника (в которых зачастую отмечалась остеопения) и в условиях неполноценной паравертебральной мускулатуры позволяла надежно удерживать позвоночный столб. Пациентам с перекосом таза более 20 град. на переднезадней рентгенограмме проводилась фиксация тазовых костей.

Заключение и выводы. Больным с нейромышечными сколиозами предпочтительно использовать дорсальную многоуровневую фиксацию позвоночника. При перекосе более 20 град. по данным спондилографии пояснично-крестцового отдела в положении сидя/стоя в прямой проекции показана фиксация таза. Использование галотракции и дорсальной остеотомии по Смит-Петерсону является альтернативой вентрального релиза при мобилизации нейромышечных деформаций позвоночника. В результате хирургической коррекции нейромышечного сколиоза у пациентов отмечена коррекция деформации позвоночника, остановка прогрессирования сколиоза, уменьшение болевого синдрома, восстановление сагиттального и фронтального баланса туловища, облегчение передвижения в кресле-каталке, исправление формы и объема деформированной грудной клетки, улучшение функции внешнего дыхания, улучшение самообслуживания пациентов.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДЕТЕЙ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Шайлобаева Б.Р., Слепцова М.А., Гудков Р.А., Слободянюк О.А.

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

Мочекаменной болезнью является недостаточно изученной патологией, несмотря на относительно высокую частоту (20 случаев на 100 000 детского населения) и очевидное влияние на последующее состояние здоровья. Происходящие изменения эндемической составляющей и рост частоты врожденной и ранней патологии могут влиять на эпидемиологию и этиологическую структуру МКБ у детей, что требует проведения мониторинга. Цель исследования. Изучить заболеваемость и особенности течения мочекаменной болезни у детей в Рязанской области. Материалы и методы. Ретроспективный сплошной анализ историй болезни пациентов педиатрического и хирургического отделений РОДКБ им. Н. В. Дмитриевой за период 2017-2020 гг.

Результаты исследования. Проведен анализ регистра 17 368 историй болезни детей, поступавших за 2017-2020 гг. в педиатрическое и хирургическое отделения (ДХО). Выявлено 52 истории 47 пациентов с основным или сопутствующим диагнозом МКБ. Пациенты госпитализировались в течение года равномерно. В 2017 г. госпитализировано 17, в 2018 г. – 14, в 2019 г. – 12, в 2020 г. – 2 и в начале 2021 г. – 3 пациента, что не демонстрирует роста заболеваемости. Длительность госпитализации составила менее 5 дней у 13 пациентов (28%). 8 пациентов раннего возраста, имевших тяжелые сопутствующие заболевания, находились в больнице более 2 недель. Медиана продолжительности госпитализации составила 6 дней. В гендерном отношении мальчики составили 51% (24), девочки, 48% (23). Возрастной состав: пациентов в возрасте до 3 лет было всего 8 (17%), 7-12 лет – 15 (32%), 13-18 лет – 24 (51%). Возрастная медиана составила 13,2 лет. Жителями областного центра оказались 49% пациентов, однако, перерасчет показателей с учетом численности детского населения г. Рязани и районов области показал, что частота МКБ в районах в 1,6 раза выше. В детском хирургическом отделении находились 36 пациентов (77%), в педиатрическом отделении – 11 детей (23%). Планово госпитализировались 23 ребенка (38%), экстренно – 29 (62%). Анализ клинико-лабораторных данных показал, что клиническая картина почечной колики (классической или в виде болевого абдоминального синдрома) наблюдалась у 29 пациентов (62%), дизурия – у 22 (47%). В общем анализе мочи гематурия наблюдалась у 36 (77%) пациентов, протеинурия – 24 (51%), лейкоцитурия – 33 (70%). Данные лабораторные проявления у 75-80% детей имели выраженный характер. Диагноз был установлен на основании данных УЗИ у 53% детей, у 26 (55%) пациентов для подтверждения диагноза потребовалось проведение РКТ.

Обсуждение и выводы: 1. В настоящее время нам известно о 47 пациентах с МКБ детского возраста в Рязанской области, что составляет 23,9 на 100 000 детского населения. Учитывая отсутствие специального статистического учета, можно предполагать наличие существенной гиподиагностики. 2. Частота МКБ у детей в районах области в 1,6 раза выше в сравнении с областным центром, что может указывать на значение эндемического фактора и требует специального исследования. 3. Медиана возраста пациентов составила 13,2 лет, что соответствует классическим данным, однако, обращает внимание группа из 7 детей ранней (до 3 лет) манифестацией заболевания. 4. Большинство детей (62%) были госпитализированы по экстренным показаниям в ДХО (75%). Основные клинические проявления МКБ встречались далеко не у всех пациентов: почечная колика – у 62%, дизурия – у 47%. У существенной части пациентов отсутствовали манифестные симптомы, и поводом для обследования была гематурия. Мочевой синдром выявлялся у большинства пациентов (гематурия – 77%, лейкоцитурия – 70%, протеинурия – 51%) и носили выраженный характер. 5. Почти половине пациентов диагноз был уточнен только после проведения РКТ, что также указывает на вероятность гиподиагностики заболевания только на основании проведения УЗИ пациентов с гематурией.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

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

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Проблемы детской онкологии остаются в центре внимания медиков во всем мире из-за постоянного роста заболеваемости злокачественными опухолями. Несмотря на достижения здравоохранения в последние годы, смертность детей от злокачественных опухолей снижается крайне

медленно. Это в значительной степени связано с несвоевременностью их диагностики по самым ранним признакам, которые должен заметить первым врач-педиатр. Трудности диагностики злокачественных новообразований у детей объясняются особенностями их клинического течения, множеством «заболеваний-масок». Исходя из этого, изучение начального периода злокачественных новообразований у детей приобретает важное практическое значение.

Цель: изучить структуру онкологических заболеваний (ОЗ) у детей, клинико-anamnestические и лабораторные особенности различных видов онкопатологии в начальном периоде заболевания.

Задачи: 1) изучить структуру ОЗ у детей; 2) определить длительность диагностического периода при различных ОЗ; 3) выявить симптомы и синдромы, характерные для начального периода ОЗ у детей.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ клинико-anamnestических данных и лабораторных исследований у 43 детей в возрасте от 0 до 15 лет, находившихся на лечении в УЗ «ГДИКБ» г. Минска, у которых впервые было диагностировано ОЗ.

Результаты и обсуждение. Было установлено, что в структуре онкопатологии у детей ведущее место занимают острые лейкозы (ОЛ) – 48,8%. Опухоли центральной нервной системы (ЦНС) составляли 35%, а нейробластомы – 11,5%. Средний возраст обследованных детей составил 4,9±3,9 года. Период ранней диагностики составил 13,4 дня для ОЛ, 20,7 – при опухолях ЦНС и 39,3 – при нейробластомах. Практически у 100% детей с ОЛ в клинической картине наблюдался интоксикационный синдром, проявляющийся преимущественно общей слабостью и длительной лихорадкой, а также гиперпластический синдром (у 80%), проявляющийся гепатоспленомегалией, лимфаденопатией и оссалгиями. Реже (у 13%) встречался геморрагический синдром, проявляющийся петехиальной сыпью и экхимозами. У 48% детей течение заболевания сопровождалось катаральными явлениями. В гемограмме у 52% пациентов в периферической крови были обнаружены бластные клетки, а также нейтропения (87%), анемия (74%), тромбоцитопения (61%), увеличение СОЭ (у 100%). У 48% детей с ОЛ отсутствовали бласты в периферической крови, что осложняло диагностику данного заболевания. В биохимическом анализе крови (БАК) наблюдалась ферментемия: увеличение ЛДГ (у 93%), ЩФ (54%), АсАТ (47%). У 100% обследованных детей с опухолями ЦНС наблюдались общемозговые симптомы, проявляющиеся рвотой, лихорадкой и головной болью. Нередко (у 40%) наблюдалась пирамидная симптоматика, у 33% – мозжечковая, у 20% – стволовая. У 40% течение заболевания сопровождалось катаральными проявлениями. В БАК наблюдалась ферментемия: увеличение ЛДГ (100%), ЩФ (67%), АсАТ (30%). Практически у всех обследованных пациентов с нейробластомами наблюдался интоксикационный синдром, проявляющийся фебрильной лихорадкой и слабостью, у 60% – болевой синдром, проявляющийся абдоминальными и костными болями. Катаральный синдром встречался в 60% случаев. В гемограмме у пациентов наблюдалось увеличение СОЭ (у 100%), анемия (60%) и лейкоцитоз (40%). В БАК у всех пациентов отмечалась ферментемия: увеличение ЛДГ, ЩФ, АсАТ.

Выводы: 1. В структуре детской онкопатологии обследованных пациентов, в условиях инфекционного стационара 1-е место занимают гемобластомы, 2-е – опухоли ЦНС, 3-е – нейробластомы. 2. Длительность раннего диагностического периода (амбулаторный и стационарный этапы) гемобластомов составила около 2-х недель. Наиболее затруднительной на ранних этапах оказалась диагностика нейробластомы, длительность диагностического периода составила более 1 месяца. 3. Злокачественные неоплазии у детей в начальный период их развития не имеют патогномичной клинической симптоматики, характеризуются полиморфизмом неспецифических симптомов и протекают под «масками» других заболеваний, чаще всего инфекционных, что и обуславливает госпитализацию в инфекционный стационар.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ТЕЧЕНИЯ АНОМАЛИИ ЭБШТЕЙНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОДХОДОВ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Шерстобитова А.И.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Аномалия Эбштейна (АЭ) – сложный врожденный порок сердца (ВПС), обусловленный смещением септальной и задней створок трехстворчатого клапана (ТК) и характеризующийся необычайной вариабельностью анатомических вариантов порока. Частота встречаемости порока – 5,2 случая на 100 тыс. новорожденных, что составляет около 1% от всех врожденных пороков сердца. Тем не менее эта редкая аномалия представляет собой наиболее частый порок с патологией трехстворчатого клапана, составляя 40% среди всех врожденных пороков сердца с поражением правого атриовентрикулярного клапана.

Цель исследования: анализ послеоперационного течения Аномалии Эбштейна в зависимости от подходов к оперативному лечению. Хирургическое вмешательство заключается в восстановлении запирающей функции трикуспидального клапана (ТК), ликвидации атриализации правого желудочка (ПЖ) и реконструкции его приточного отдела. В период с 2013 по 2020 г. 44 пациента были прооперированы в Самарском областном клиническом кардиологическом диспансере им. В.П. Полякова. Возраст пациентов на момент операции составил от нескольких недель до 49 лет. Из них двухжелудочковая коррекция ТК (пластика или протезирование) была выполнена у 38 пациентов (93%), а одножелудочковая – операция Starnes у 6 пациентов (13%). Основными показаниями для оперативного лечения были: недостаточность ТК 2-3 степени, увеличение размеров правых камер сердца, клинические проявления в виде одышки, цианоза; снижение толерантности к физической нагрузке. Послеоперационное наблюдение в течение 1-го года показало, что у пациентов, которым проводилась конусная реконструкция трикуспидального клапана (90% сл.), сохранялся I функциональный класс и недостаточность ТК до 1-й степени. В остальных случаях недостаточность трикуспидального клапана 2-3 ст. сохранялась. У одного пациента после конусной реконструкции была необходима повторная коррекция ТК. В 2 случаях потребовалось в ближайшем послеоперационном периоде выполнение операции Гленна (верхнего двунаправленного кавопульмонального анастомоза), т.е. полторажелудочковая коррекция, из-за развития дисфункции правого желудочка. Выводы: 1. Конусная реконструкция наиболее анатомически и физиологически приближена к нормальному ТК, а также позволяет избежать повреждения атриовентрикулярного узла. 2. При снижении функции ПЖ и неспособности адекватно обеспечивать легочный кровоток необходима операция Starnes.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Юрченко М.Ю., Курдюков Б.В., Иванова Е.А., Адуева У.Г., Евстафиева М.М., Корнеева А.В., Иванова Н.М.

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

Цель: повышение качества оказания медицинской помощи детям, больным злокачественными опухолями.

Задачи: 1. Изучение наиболее часто возникающих осложнений химиотерапии у детей, зависимость видов токсичности от схемы лечения и локализации опухоли, наличия рецидива заболевания. 2. Разработать алгоритмы сопроводительного лечения детей. 3. Определить профилактические мероприятия, направленные на предотвращение ранних и поздних осложнений.



Материалы и методы: осложнения полихимиотерапии являются основной причиной нарушения тайминга специального лечения у онкологических больных, что, в свою очередь, может привести к снижению эффективности проводимой терапии в отдаленном периоде – возникновению прогрессирования и рецидива заболевания. Ретроспективно были проанализированы истории болезни 1772 первичных и вторичных пациентов, больных солидными опухолями, получавшими химиотерапевтическое лечение в условиях «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ», в период с 2016 по 2020 г. включительно. Самыми частыми осложнениями у детей были: гематологическая токсичность 3-4-й степени в 90% случаев при любой локализации опухоли; кардиотоксичность 1-2-й степени в 10% у пациентов, больных опухолями семейства Юинга (378 случаев) и в 15% случаев у пациентов с остеосаркомой (504 случая); нефротоксичность в 20% у пациентов, больных опухолями печени (67 случаев); гепатотоксичность в 90% случаев применения высокодозного метотрексата у больных остеосаркомой (504 случая); инфекционные осложнения при проведении ПХТ – 60% случаев; стоматит – 70%, опухолевый лизис у пациентов с нейробластомой в 50% случаев; рвота в 85% от всех зарегистрированных случаев при любой локализации опухоли и схемы терапии.

Результаты: степень по СТСАЕ v. 5,0, 2018, составила от I до IV степени, V степени (смерть) отмечено не было. Лечение гематологической токсичности включало в себя заместительные трансфузии компонентами крови: эритроцитарной взвеси и тромбоконцентрата. Профилактика фебрильной нейтропении и сепсиса при нейтропении 1-2-й степени осуществлялась с помощью деконтаминации, при нейтропении 3-4-й степени – применением колониестимулирующих факторов. Гепатотоксичность, связанная с проведением высокодозного метотрексата у больных с остеосаркомой, купировалась применением гепатопротекторов и инфузионной терапии. Профилактика острой и отсроченной рвоты – антиеметическими препаратами (блокаторы серотониновых 5-HT₃-рецепторов, антагонистов рецепторов нейрокинина-1, глюкокортикостероидов). Основными мероприятиями для предупреждения развития стоматита являлись обработка ротовой полости растворами антисептиков, применение низкоинтенсивной лазерной терапии. Нефротоксичность купировалась применением сопроводительной инфузионной терапии под контролем электролитов с использованием диуретиков. Терапия гепатотоксичности проводилась с помощью гепатопротекторов (адеметионин) и инфузионной терапии. При синдроме лизиса опухоли назначался ингибитор ксантиноксидазы – аллопуринол в комбинации с диуретиками растительного происхождения. Предупреждение кардиотоксичности у пациентов с опухолями, в схему лечения которых входил доксорубин, осуществлялось мониторингом ЭКГ и ЭхоКГ перед началом очередного курса химиотерапии. С заместительной целью при миелосупрессии проводились гемотрансфузии.

Выводы: 1. Самыми частыми осложнениями у детей были гематологическая токсичность – 90%, гепатотоксичность – 90%, стоматит – 70%, инфекционные осложнения – 60%. Нефротоксичность – 20% и кардиотоксичность – 10% встречались реже. 2. Алгоритмы сопроводительного лечения детей включали: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, противорвотную терапию, стимуляцию лейкопоза, заместительные гемотрансфузии, профилактику синдрома лизиса опухоли, адекватный уход за слизистой ротовой полости, использование противомикробной терапии с целью деконтаминации и при развитии фебрильной нейтропении и сепсиса, контроль диуреза с использованием мочегонных препаратов по показаниям. 3. Профилактика токсичности осуществлялась с помощью гранулоцитарно-колониестимулирующих факторов, комбинации противорвотных препаратов, растворов антисептиков, применением низкоинтенсивной лазерной терапии. Также осуществлялось мониторинг ЭКГ и ЭхоКГ перед началом очередного курса химиотерапии для профилактики кардиотоксичности.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕРАЗРЕШЕННОЙ КОНСЕРВАТИВНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ

Коровин С.А., Дзядчик А.В., Стоногин С.В., Любанская С.Ю., Соколов Ю.Ю.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва

Цель работы: установить показания для применения и эффективность лапароскопических технологий у детей с кишечной инвагинацией.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 92 больных в возрасте от 1 месяца до 9 лет с кишечной инвагинацией с применением лапароскопических технологий в период с 2006 по 2017 гг. В соответствии с клиническими проявлениями и сроком заболевания выделяли 3 стадии кишечной инвагинации. Всем больным при поступлении были выполнены ультразвуковое исследование брюшной полости и обзорная рентгенография брюшной полости. При илеоцекальной инвагинации консервативные мероприятия предполагали выполнение пневмоирригоскопии или высокой клизмы под ультразвуковым контролем. Метод индивидуального определения возможности выполнения эндохирургических вмешательств (ЭХВ) разработан на основе коэффициентов информативности показателей клинико-anamnestических данных (КАД), инструментальных методов предоперационной диагностики (ИМПД) и лапароскопии (ЛС).

Результаты. С учетом установленной информативности показателей ИМПД, КАД и ЛС вероятность успешной лапароскопической дезинвагинации может составлять 77,3%, 80% и 81,8% соответственно. В группе больных ЛС дезинвагинация была успешной в 67 (73%) наблюдениях, при этом была дополнена рассечением сращений илеоцекального угла (30), резекцией дивертикула Меккеля (10) и удвоения подвздошной кишки (2), биопсией лимфоузлов (3). Конверсии в 25 (27%) случаях были обусловлены невыполнимой лапароскопической дезинвагинацией при некрозе кишки (16), осложненных (5) и многоцилиндровых (2) инвагинациях, а также осложнениями при пневмоирригоскопии (2). В послеоперационном периоде было отмечено 1(1%) осложнение в виде отграниченного перитонита из-за перфорации купола слепой кишки в ходе лапароскопической биопсии лимфоузла.

Выводы. Лапароскопическая дезинвагинация может быть успешной в 73% наблюдений. Ограничения методики в 27% наблюдений обусловлены осложненным течением кишечной инвагинации. Вероятность успешной лапароскопической дезинвагинации с учетом информативности клинических и инструментальных методов предоперационной диагностики, а также лапароскопии может достигать 82%.

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

Коровин С.А., Дзядчик А.В., Аюпан М.К., Вилесов А.В., Соколов Ю.Ю.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

Цель работы: определить эффективность лапароскопических вмешательств у детей с перфоративными гастродуоденальными язвами. Материалы и методы: с 2010 по 2020 г. с перфоративными гастродуоденальными язвами (ПГДЯ) было оперировано 24 больных в возрасте от 2 до 18 лет. При поступлении были проведены ультразвуковое исследование (УЗИ) и обзорная рентгенография брюшной полости. Опе-

ративное 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 ПГДЯ 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 ПГДЯ 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 ПГДЯ явз может быть эффективным у 79% больных.

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ В Г. СМОЛЕНСКЕ

Шаробаро В.Е., Бекезин В.В., Сорокина Л.А.

Актуальность. Детская инвалидность – важнейшая проблема современности во многих регионах РФ и в мире в целом, так как охватывает сотни тысяч детей, которые нуждаются во внимании и поддержке общества, социальной, медицинской и других видах помощи.

Цель исследования: определить динамику и структуру детской инвалидности за последние 20 лет в г. Смоленске.

Материалы и методы. Проведен статистический анализ динамики инвалидности детей г. Смоленска за последние 20 лет. Анализ общей и впервые установленной детской инвалидности проведен по обусловившему заболеванию, главному нарушению состояния здоровья, ведущему к ограничению жизнедеятельности за период 2000-2020 гг.

Результаты. Проведенный анализ выявил прирост общей детской инвалидности на 12,1%. В структуре патологии детской инвалидности первое место заняли болезни нервной системы (28,1%). Второе место в структуре детской инвалидности заняли врожденные аномалии и пороки развития (23,2%). Третье место – болезни эндокринной системы (9,4%). Значительно реже причинами детской инвалидности были болезни глаз и его придатков (7,9%), костно-мышечной системы (7,3%), уха и сосцевидного отростка (6,4%), органов дыхания (6,1%), мочеполовой системы (4,6%), новообразования (3,8%), болезни крови и кроветворных органов (2,4%), психические расстройства (0,3%), инфекционные и паразитарные болезни (0,5%).

Заключение. Детская инвалидность зависит от множества медицинских и социально-экономических факторов. Для ее решения требуется комплексный межведомственный подход на общегосударственном уровне.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАНИЯ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Лебедева М.В., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., Яцык С.П.

Введение. У взрослых пациентов, поступающих на лечение в хирургический стационар, недостаточность питания (НП) выявляется с частотой до 69% [1]. Наличие факторов риска развития НП при госпитализации отмечается у 25–90% хирургических пациентов [2]. Хирургическая операция является стрессовым вмешательством и вызывает не только местную, но и общую постагрессивную реакцию, что приводит к развитию гиперметаболического ответа, белковым потерям, мышечному истощению и развитию или усугублению НП в раннем послеоперационном периоде [3]. Степень выраженности недостаточности питания после хирургических вмешательств у взрослых достоверно коррелирует с длительностью пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии, частотой инфекционных осложнений, длительностью госпитализации и летальностью. Недостаточное число публикаций по данной проблеме у детей послужило основанием для проведения нашей работы, которая прошла экспертизу и получила одобрение Локального этического комитета «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России (протокол №10 от 11.10.2019). Идея. Дети, поступающие в хирургический стационар и имеющие сопутствующую недостаточность питания, могут иметь большую продолжительность госпитализации, чем дети с адекватным нутритивным статусом. Цель. Определить связь между недостаточностью питания и длительностью пребывания детей в хирургическом стационаре для обоснования необходимости проведения нутритивной поддержки в дооперационном периоде. Материалы и методы. В исследование включено 128 детей (75 мальчиков) в возрасте от 1 месяца до 17 лет 9 месяцев (средний возраст 6,8 лет), поступивших в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ для хирургического лечения в отделения абдоминального, торакального, урологического, нейроортопедического и кардиохирургического профиля. При поступлении проводили оценку антропометрических показателей (масса и рост ребенка) в соответствии со стандартами ВОЗ. НП определяли по критериям ВОЗ (хроническая НП при $HAZ < -2$, острая НП при $BAZ < -2$). Оценивали продолжительность госпитализации обследованных детей. Результаты. При поступлении недостаточность питания (умеренной и тяжелой степени тяжести) отмечалась у 21 (16,4%) ребёнка, из них острая – у 9 (7%), хроническая – у 12 (9,4%). В группе с НП средние антропометрические индексы составили: z-score масса/возраст $-2,5$; рост/возраст $-2,2$; ИМТ/возраст $-1,4$. У детей без НП z-score масса/возраст $0,2$; рост/возраст $0,3$; ИМТ/возраст $0,04$. Медиана продолжительности госпитализации всех детей – 10 дней. В группе пациентов с недостаточностью питания она составляла 12 дней (min 3, max 98), а детей без НП – 9 дней (min 2, max 67). Эти показатели имели статистически значимые различия ($p=0,05$). Обсуждение. Исследованием достоверно установлено, что продолжительность стационарного лечения детей с выявленной на момент госпитализации недостаточностью питания в 1,3 раза выше, чем у пациентов с удовлетворительным нутритивным статусом. Детям с хирургическими заболеваниями необходимо проводить оценку нутритивного статуса при поступлении, а имеющим недостаточность питания – нутритивную поддержку уже с момента госпитализации с целью сокращения длительности и затрат на лечение. Список литературы: 1. Liu Y., Xue X. Systematic review of peri-operative nutritional support for patients undergoing hepatobiliary surgery. J. Hepatobiliary Surgery and Nutrition. 2015; 4(5): 304–312. 2. Dizdar O.S., Baspinar O., Kocer D., et al. Nutritional Risk, Micronutrient Status and Clinical Outcomes: A Prospective Observational Study in an Infectious Disease Clinic. Nutrients. 2016; 8(3): 124. 3. Лейдерман И.Н., Грицан А.И., Заболотских И.Б., Ломидзе С.В., Мазурок В.А., Нехаев И.В., Николаенко Э.М., Николенко А.В., Поля-



ков И.В., Сытов А.В., Ярошецкий А.И. Периперационная нутритивная поддержка. Клинические рекомендации. Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова. 2018; 3:5–21.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПСОРИАЗОМ

Козлова Е.В., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., Мурашкин Н.Н.

Введение: Дети, страдающие псориазом, как и взрослые, имеют повышенный риск метаболических нарушений, в том числе у них нередко выявляются гиперлипидемия, избыточная масса тела и ожирение, которые утяжеляют течение кожного процесса. По данным литературных источников было отмечено, что снижение индекса массы тела у взрослых людей с псориазом приводит к уменьшению индекса тяжести течения кожного процесса PASI [1]. Однако, число работ, посвященных нутритивному статусу детей с псориазом и влиянию физического развития на течение заболевания и ответ на терапию, чрезвычайно мало, что обуславливает актуальность данного исследования. **Цель исследования:** оценить состояние питания детей с псориазом при поступлении в стационар для назначения патогенетически обоснованной диетотерапии. **Материалы и методы:** в открытое, продольное, проспективное пилотное исследование было включено 100 детей (52 мальчика и 48 девочек) в возрасте от 1 года 1 месяца до 18 лет с распространенным вульгарным псориазом тяжелого течения (PASI >30 баллов). Наследственность по псориазу была отягощена у 34% детей. Средний возраст составил 11 лет 7 месяцев. Средняя продолжительность заболевания – 4 года 7 месяцев. 50% пациентов получали системную терапию, в связи с тяжестью кожного патологического процесса. В первые 48 часов после поступления в «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России всем пациентам проводили измерение массы тела и роста ребенка, указанные показатели интерпретировали в соответствии со стандартами ВОЗ (программа WHO Anthroplus, 2009). Основные результаты: нарушения нутритивного статуса были выявлены у 38% пациентов с псориазом. Избыточная масса тела и ожирение были диагностированы у 34%: избыточная масса тела – у 18%, ожирение 1 степени – 9%, ожирение 2 степени – 4%, ожирение 3 степени – 3%. В группе с избыточной массой тела и ожирением средние антропометрические индексы составили: рост/возраст 0,5 ($\pm 0,77$), ИМТ/возраст 1,8 ($\pm 0,66$). Группа детей, страдающей недостаточностью питания (НП) была малочисленной и составила 4%: острая умеренная НП была выявлена у 2% и хроническая НП (задержка роста) – у 2% детей. В группе с НП средние антропометрические индексы составили: рост/возраст – 1 ($\pm 1,25$); ИМТ/возраст – 1,01 ($\pm 1,4$). В группе детей с адекватным нутритивным статусом средние показатели Z-scores составили: рост/возраст 0,28 ($\pm 0,9$); ИМТ/возраст – 0,2 ($\pm 0,65$). Детям с выявленными нарушениями нутритивного статуса (как с избыточной массой тела и ожирением, так и с недостаточностью питания) ранее коррекция рациона питания не проводилась, а также они не получали специализированную нутритивную поддержку в случае ее необходимости. **Заключение:** Нарушения нутритивного статуса были выявлены у 38% детей с псориазом. У данной группы детей в первую очередь обращают внимание такие нарушения питания, как избыточная масса тела и ожирение, которые были диагностированы более чем у трети пациентов. По данным Тутельяна В.А. и др. [2] среди российских детей (по всем возрастным группам) избыточная масса тела выявлена у 19,9% детей, а ожирение – у 5,5%. По результатам нашего исследования избыточная масса тела была выявлена у 18% детей, а ожирение – у 16%, что почти в 3 раза превышает средне-популяционные значения. Менее распространенной, но не менее актуальной, остается недостаточность питания, которая может приобретать хронические формы на

фоне тяжелого течения кожного процесса. Коррекция нарушений питания детей с псориазом является актуальной задачей, т.к. детская популяция более разнородна, в отличие от взрослой, что требует более детальной оценки нутритивного статуса и разработки персонализированного подхода для диетологического сопровождения этой категории больных. 1. Alotaibi, H. A. (2018). Effects of weight loss on psoriasis: a review of clinical trials. *Cureus*, 10(10). 2. Тутельян В.А., Батурин А.К., Мартинчик А.Н. и др. Распространенность ожирения и избыточной массы тела среди детского населения РФ. Мультицентровое исследование. *Педиатрия*. 2014;5:28–31.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Опрятин Л.А.¹, Боровик Т.Э.^{1,2}, Рославцева Е.А.¹, Гусева И.М.¹, Мурашкин Н.Н.^{1,2}

¹ ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия;

² ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Рост распространенности и изменение клинической картины целиакии от классического синдрома мальабсорбции до малосимптомных и внекишечных проявлений отмечается в последнее время во множестве публикаций [1]. Из дерматологических заболеваний наиболее известна ассоциация целиакии и герпетиформного дерматита Дюринга, атопического дерматита, псориаза, в меньшей степени хронической крапивницы, алопеции, витилиго, красного плоского лишая, пемфигуса, линейного IgA-дерматоза, дерматомиозита [2]. В отечественной педиатрической практике исследования по выявлению ассоциации целиакии с кожными заболеваниями малочисленны [3], а частота встречаемости глютенковой энтеропатии среди данного контингента больных неизвестна.

Цель. Определить показания для диагностического поиска целиакии у детей с хроническими заболеваниями кожи и сравнить частоту ее выявления по клиническим проявлениям и с помощью экспресс-теста. **Пациенты и методы.** В отделении дерматологии с группой лазерной хирургии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в 2018–2019 гг у 25 детей с атопическим дерматитом (32%), герпетиформным дерматитом Дюринга (32%), алопецией очаговой (12%), алопецией универсальной (12%), локализованной склеродермией (8%), псориазом артропатическим (4%), носившими хронический рецидивирующий характер, была диагностирована целиакия в соответствии с критериями ESPGHAN 1989, 2012, 2020 [4] – (1 группа). В 2020–21 гг. у 1000 детей с патологией кожи применили сплошной скрининг с помощью экспресс-тестов на целиакию (ВЮНИТ, Финляндия). При положительных результатах теста пациенты были обследованы по стандартному алгоритму диагностики целиакии (2 группа).

Результаты. Из 25 больных 1 группы семейный анамнез был отягощен у 8 пациентов: по целиакии, витилиго, аутоиммунному тиреоидиту, пищевой аллергии, гипотиреозу. Кроме жалоб на различные кожные высыпания (84%) или выпадение волос (16%), обращала на себя внимание патология зубной эмали (20%), множественный кариес (8%) и черный налет на молочных зубах (4%). На боли в животе жаловались 20% детей, у 16% – отмечалось увеличение объема живота, у 8% – боли в суставах. Недостаточность питания выявлена у 20%, из них у одного ребенка – тяжелой степени; избыточную массу тела имели 2 (8%) и ожирение – 1 (4%). Диарейного синдрома не отмечено ни в одном случае. При лабораторном исследовании снижение сывороточного железа установлено в 84% и гемоглобина в 32% случаев. Частота выявления целиакии составила среди всех пациентов отделения дерматологии 1,1%.

Положительные экспресс-тесты получены у 21 пациента из 1000 обследованных детей (2 группа). Диагноз «целиакия» был подтвержден морфологически у 18 пациентов – с атопическим дерматитом 10 (55%) детей, локализованной склеродермией и алопецией по 2 (11%) ребенка, с витилиго, кольцевидной гранулемой, герпетиформным дерматитом Дюринга, острой крапивницей – по 1 (5,5%) больному. У остальных трех детей определены положительные титры антител к тканевой трансглутаминазе и HLA-гаплотипы DQ2/8, что позволило расценить их как потенциальную целиакию. Таким образом, частота выявления целиакии при сплошном скрининге составила 1,8%.

Заключение. Частота целиакии у детей с хронической дерматологической патологией составляет 1,5–1,8% и превышает (в 2–2,5 раза) среднюю по популяции (0,7%) [5]. Применение сплошного скрининга у данного контингента больных позволяет выявить большее количество пациентов с целиакией с целью обоснованного назначения им безглютеновой диеты.

Работа прошла экспертизу и получила одобрение Локального независимого этического комитета «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России (протокол №8 от 26.06.2021).

1. Popp A, Mäki M Changing pattern of childhood celiac disease epidemiology: contributing factors. *Front. Pediatr.* 2019; 7:357.
2. Abenavoli L, Dastoli S, Bennardo L, et al. The skin in celiac disease patients: the other side of the coin. *Medicina* 2019; 55: 578–95
3. Т.Э. Боровик, Е.А. Рославцева, А.П. Фисенко и др. Целиакия у детей с патологией кожи: мультидисциплинарная проблема. *Педиатрия им. Г.Н. Сперанского.* 2020; 99(5):247–56.
4. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, et al. European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition guidelines for diagnosing coeliac disease 2020. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2020; 70 (1): 141–156
5. Singh P, Arora A, Strand TA, et al. Global prevalence of celiac disease: systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2018;16(6): 823–36.e2

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, НАБЛЮДАЕМЫХ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Коноплева А.О., Скворцова В.А.

Оценка распространенности грудного вскармливания среди детей первого года жизни, наблюдаемых в условиях перинатального центра А.О. Коноплева, В.А. Скворцова ЮАО «Мд проект 2000» 2ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ; Россия, г. Москва ЗГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; Россия, г. Москва Актуальность. Поддержка и увеличение распространенности грудного вскармливания является одной из приоритетных задач отечественного здравоохранения. Цель: изучить распространенность грудного вскармливания среди детей, наблюдавшихся в условиях перинатального центра, и оценить степень влияния введения прикорма на его продолжительность. **Материалы и методы:** 99 доношенных детей (мальчиков – 50, девочек – 49), рожденных в перинатальном центре и находившихся под наблюдением до 12-месячного возраста. Антропометрические показатели (масса и длина тела) измеряли при рождении, в возрасте 4, 6 и 12 месяцев. Показатели физического развития – индексы стандартного отклонения z-scores массы тела к возрасту (WAZ), длины тела к возрасту (HAZ) и массы к длине тела (BAZ), рассчитывались с использованием программы «WHO Anthro», 2006, и в соответствии с критериями ВОЗ. Поддержка грудного вскармливания осуществля-

лась в соответствии с рекомендациями ВОЗ, 2017, Международной академии медицины грудного вскармливания, 2017, и методическими рекомендациями «Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации», 2019. Результаты. Оценка состояния питания детей при рождении позволила установить, что основной показатель BAZ находился в оптимальном диапазоне (от -1 до +1SD) только у 42,9% новорожденных. У 33,7% новорожденных отмечены показатели в интервале от -1 до -2SD, у 20,9% – в диапазоне от -2 до -3SD. Несмотря на проведение мер по поддержке грудного вскармливания с рождения, потребность в дополнительном кормлении детской адаптированной молочной смесью в раннем неонатальном периоде возникла у 13 детей (13,1%). В возрасте 1 месяца 93 (93,9%) ребенка продолжали получать грудное молоко: из них 71,7% детей находились на исключительно грудном вскармливании и 22,2% – на смешанном. К 4 месяцам количество детей, получавших материнское молоко, снизилось до 78,6%, $p < 0,05$ (65,6% только грудное молоко, 13,1% с докормом). Число детей с оптимальным BAZ в возрасте 4 месяцев составило 67,5% ($p > 0,05$). Легкая недостаточность питания отмечена у 14% детей, умеренная – лишь у 7,6%. Все дети начали получать прикорм в возрастном интервале от 4 до 6 месяцев в соответствии с рекомендациями ESPHGAN (2017) и Российской Федерации (2009, 2019). С 4 месяцев прикорм введен 20,3% детей, с 5 месяцев – 51,2%, с 6 месяцев – 28,2%. В возрасте 6 месяцев количество детей, получавших материнское молоко, практически не изменилось по сравнению с 4-месячным возрастом и составило 73,7%, из них лишь 10,1% – с докормом смесью. К 12 месячному возрасту 71,7% детей продолжали получать грудное молоко, из них только 14,1% были на смешанном вскармливании. Оптимальные значения BAZ были установлены в 63,7% случаев. Легкая недостаточность питания сохранялась у 17,2% детей, умеренная – у 5,2%. Избыточная масса тела выявлена у 6,9% детей. Выводы: активная и регулярная поддержка грудного вскармливания увеличивает его распространенность на протяжении первого года жизни ребенка. При этом назначение прикорма в интервале 4–6 месяцев не снижает распространенность грудного вскармливания среди детей в возрасте 12 месяцев. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, нуждаются в проведении регулярной оценки нутритивного статуса и своевременном введении прикорма (при необходимости – докорма).

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ТЕЧЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Грызунова А.С., Скворцова В.А., Петрова А.С.

Нутритивный статус недоношенных детей с экстремально низкой массой тела в течение неонатального периода А.С. Грызунова1, В.А. Скворцова2,3, А.С. Петрова1 1ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр»; г. Москва 2ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ; Россия, г. Москва ЗГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; Россия, г. Москва Введение. В системе выхаживания недоношенных детей, родившихся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), важную роль играет адекватная нутритивная поддержка. В связи с тяжестью их состояния ведение пищевых веществ в соответствии с существующими клиническими протоколами по энтеральному и парентеральному питанию на протяжении неонатального периода не всегда возможно. Цель работы: оценить уровни поступления основных пищевых веществ и энергии у детей с ЭНМТ при рождении в неонатальном периоде и параметры физического развития **Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных 122 детей с массой тела при рождении менее 1000 г, родившихся в ГБУЗ МО МОПЦ в 2019 году. Дети были разделены на 3 группы: 1-ю состав-



вили 19 детей с массой тела ≤ 499 г; 2-ю – 26 детей с массой от 500 до 749 г; 3-ю – 77 детей с массой от 750 до 999 г. Антропометрические показатели оценивались с использованием калькулятора Фентон. Калорийность рационов и содержание основных пищевых веществ были рассчитаны на 10 и 30 сутки жизни. Результаты. Показатель z-score масса тела к гестационному возрасту при рождении составил в 1-й группе $= -1,96 \pm 0,43$, во 2-й $= -1,20 \pm 1,3$, в 3-й $= -0,31 \pm 1,1$, z-score длина тела к гестационному возрасту соответственно $= -3,03 \pm 0,43$, $-1,69 \pm 1,30$, $-0,85 \pm 1,4$. Задержка внутриутробного развития установлена у 100% детей 1-й группы, 57,7% детей 2-й группы и 27,3% детей 3-й группы. Содержание белка, поступающего с энтеральным и парентеральным питанием, на 10 сутки жизни составило: в 1-й группе $3,4 \pm 0,68$ г/кг, во 2-й $-3,8 \pm 0,47$ г/кг, в 3-й $-3,8 \pm 0,44$ г/кг. Калорийность рационов $-72,7 \pm 20,0$ ккал/кг, $88,0 \pm 22,5$ ккал/кг и $86,6 \pm 20,0$ ккал/кг соответственно. В возрасте 30 дней дети получали практически равное количество белка: $4,1 \pm 0,2$ г/кг в 1-й группе $-4,0 \pm 0,38$ г/кг во 2-й и $4,0 \pm 0,29$ в 3-й группе, калорийность питания на кг была также близкой: $130,0 \pm 22,2$, $128,9 \pm 9,7$ и $133,3 \pm 17,2$ ккал/кг. Оценка антропометрических показателей по окончании неонатального периода выявила снижение показателя z-score масса тела к гестационному возрасту во всех наблюдаемых группах. Он составил в 1-й группе до $-2,10 \pm 0,75$, во 2-й до $-2,05 \pm 0,95$, в 3-й до $-1,46 \pm 0,97$. Выводы. Выявлены значительные колебания в уровнях поступления белка и калорийности рационов детей в возрасте 10 дней, которые исчезали к месячному возрасту, что свидетельствует об индивидуальной толерантности детей с ЭНМТ к назначаемому питанию в первые недели жизни. Отмечено снижение показателя z-score масса тела к гестационному возрасту, наиболее значимому (на $-1,15$ SD) в группе детей с массой тела при рождении более 750 г.

Содержание

Проблема лечения гемангиом у детей и выбор метода лечения	1
Исследование факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний при ожирении у детей и подростков	1
Лечение детей с расщелиной губы и нёба в периоде новорожденности на основе междисциплинарного подхода.....	2
<i>Алексеева Е. Н., Михеева И. Г., Беляева И. А., Кругляков А. Ю., Курнатовская Е.О., Дубенок С.Ю., Рябова Е.Ю., Каменев М.М., Филиппов А.С., Волошина Ю.Н., Яковлева А.А., Кузнецова Ю.А.</i> Трудности диагностики галактоземии в первые дни жизни ребенка на педиатрическом участке. Клиническое наблюдение.....	2
<i>Балалаева И.Ю., Кораблёва Т.П., Егоркина А.Б.</i> Расстройства мочеиспускания у детей в практике педиатра-нефролога.....	3
<i>Балко О.А.</i> Течение хронического Н. pylori-ассоциированного гастродуоденита у детей различных соматотипов.....	3
<i>Балко О.А., Бакланова С.В., Кондаурова Е.В., Кочережникова Л.В.</i> Сосудистые аномалии легких как одна из причин легочного кровотечения у подростка (клиническое наблюдение)	4
<i>Балыкова Л.А., Зиникова К.Н., Нуякшина А.А., Пакскина Е.П.</i> Особенности поражения сердца у детей с мультисистемным воспалительным синдромом (MIS-C), ассоциированным с новой коронавирусной инфекцией COVID-19	4
<i>Блинов А.В., Макрушин И.М.</i> Обеспеченность витамином D детей и подростков с ожирением и сахарным диабетом 1 типа.....	5
<i>Блинов А.В., Сорокина К.В.</i> Неалкогольная жировая болезнь печени при ожирении у детей и подростков в амбулаторно-поликлинической практике	5
<i>Богомильский М.Р., Вязьменов Э.О., Загорская А.Д.</i> Современные алгоритмы диагностики и лечения парезов гортани после операций на щитовидной железе	
<i>Букреева Е. А., Петриченко А.В., Сергеенко Е. Ю., Иванова Н.М.</i> Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевание солидными опухолями опорно-двигательного аппарата	6
<i>Власова А.В., Смирнова Е.В., Дымнова Л.В., Жилина С.В., Желнина Т.П., Теновская Т.А., Анджель А.Е., Кулешов Н.Н., Горев В.В.</i> Опыт педиатрического стационара по рациональной антимикробной, инфузионной терапии и минимизации боли при выполнении лекарственных назначений у детей.....	7
<i>Водянова О.В., Сосновская Е.И., Чепурок Д.А.</i> Особенности диагностики инфекции COVID-19 у детей.....	7



<i>Волков Ю.О., Мамедов А.А., Паршикова С.А., Макарова Л.М., Жиркова Ю.В., Ткаченко Б.А., Тукабаев Г.П.</i> Лечение новорожденных с расщелиной губы и нёба в условиях междисциплинарного центра	8
<i>Вязова Л.И., Шенец С.Г., Мороз Е.А.</i> Особенности ларинготрахеита у детей раннего возраста	8
<i>Галашевская А.А., Почкайло А.С.</i> Клинический случай поздней диагностики несовершенного остеогенеза	8
<i>Галькевич Н.В., Галькевич А.Г., Ковалкина Т.И.</i> Углеводы в питании детей: тенденции молочного производства	9
<i>Гмошинская М.В., Пырьева Е.А., Сафронова А.И., Алешина И.В., Тоболева М.А., Тимошина М.И.</i> Основные причины прекращения грудного вскармливания у здоровых матерей	10
<i>Горкина Л.Ф., Фалетров М.В., Аникеева Н.А., Чуйко Н.А., Горячев В.В., Цветова Ю.К., Донская Ю.А.</i> Случай лейкоэнцефалопатии с преимущественным поражением ствола мозга, спинного мозга и повышенным уровнем лактата у ребенка	10
<i>Демина И.В., Ельчанинова О.В., Симонова О.А., Игринёва Е.Н., Ситаева Н.В., Славнова О.В.</i> Новообразование мягких тканей левого плеча (капошиформная гемангиоэндотелиома) у ребенка первого года жизни	11
<i>Демина И.В., Ельчанинова О.В., Симонова О.А., Игринёва Е.Н., Ситаева Н.В., Славнова О.В.</i> Два случая тотального аномального дренажа легочных вен в одной семье	11
<i>Долотова Н.В., Филькина О.М.</i> Оптимизация реабилитационной помощи детям раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, обусловленными болезнями нервной системы, в Ивановской области	12
<i>Ерпулёва Ю.В., Румянцев Р.Е.</i> Клинический случай проведения нутритивной поддержки у ребенка раннего возраста в дооперационном периоде	12
<i>Зайцева Н.С., Бикмурзина Л.Р., Зайцева О.В., Радимова Е.Р., Ефимова Е.В., Антоненко А.Н., Ионова Е.А., Изотова С.А.</i> Лейкемоидная реакция эозинофильного типа у ребенка первого месяца	13
<i>Золотов С.А., Горбатова Н.Е., Дорофеев А.Г., Брянцев А.В., Батунина И.В.</i> Преимущество использования лазерного излучения для корректного удаления невусов кожного покрова у детей	13
<i>Иванова И.И., Коваль Н.Ю., Ильина А.А.</i> С-терминальный телопептид коллагена у детей с дисплазией соединительной ткани	14
<i>Игнатьев Е.А., Васильева Т.М., Корчагина Е.В., Крылов А.Н.</i> Сравнительный анализ способов лечения пиогенной гранулемы в амбулаторных условиях	14
<i>Ильина А.Я., Мищенко А.Л., Ворона Л.Д., Мартынов А.А., Ахалова Е.А., Рогова А.С.</i> Состояние системы гемостаза у новорожденных детей с тромбгеморрагическими осложнениями, родившихся у женщин с наследственной тромбофилией	15
<i>Кожанова Т.В., Жилина С.С., Мещерякова Т.И., Лукьянова Е.Г., Осипова К.В., Айвазян С.О., Притыко А.Г., Заваденко Н.Н.</i>	

Синдром эпилепсии, потери слуха и умственной отсталости (клинический случай)	15
<i>Козловский А.А., Стринадко Ю.С.</i>	
Факторы риска развития младенческих колик у детей первого года жизни, проживающих в республике Беларусь.....	16
<i>Колчина А.Н., Халецкая О.В., Борисова В.Н.</i>	
Клинические особенности новорожденных и детей раннего возраста с синдромом гипераммониемии	16
<i>Кочерова О.Ю., Филькина О.М., Антышева Е.Н.</i>	
Факторы риска неблагоприятной адаптации детей раннего возраста при передаче в замещающие семьи	17
<i>Красюкова А.А., Лябина Н.В., Симонова О.И.</i>	
Одна болезнь – один генотип у сибсов с муковисцидозом, но разное течение заболевания	18
<i>Крюков А.И., Ивойлов А.Ю., Тардов М.В., Архангельская И.И.</i>	
Обструктивные нарушения дыхания во время сна у детей с патологией лимфоглоточного кольца	18
Клинический случай первичной целиарной дискинезии	19
<i>Кунельская В.Я., Ивойлов А.Ю., Шадрин Г.Б., Мачулин А.И.</i>	
Оценка эффективности применения местных противогрибковых препаратов в терапии наружного грибкового отита у детей	19
<i>Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю., Яновский В.В.</i>	
Баллонная дилатация слуховой трубы у детей со стойкой тубарной дисфункцией.....	20
<i>Курылёва М.А., Кирицина И.А.</i>	
О формировании навыков фармацевтической безопасности у детей дошкольного возраста в рамках образовательного процесса	20
<i>Лян Н.А., Хан М.А., Уянаева А.И., Чукина И.М.</i>	
Профилактика метеопатических реакций у детей с бронхиальной астмой на санаторно-курортном этапе.....	21
<i>Максимьяк Л.А., Котлукова Н.П.</i>	
Роль матриксных металлопротеиназ в патогенезе врожденных пороков сердца у детей	21
<i>Максумов А.А., Исхаков О.С.</i>	
Позвоночно-спинномозговая травма в структуре сочетанных повреждений от ремня безопасности у детей	22
<i>Маранджян А.О., Курбанова С.Х., Глазырина А.А.</i>	
Клинический случай заболевания системной красной волчанкой	22
<i>Михайловская Е.Г., Леписева И.В., Иго О.Л.</i>	
Клинический случай дебюта и течения синдрома удлиненного интервала QT	23
<i>Михеева И.Г., Курасова О.Б., Лопанчук П.А., Кузнецова Ю.А., Дубенок С.Ю., Беляева И.А., Ефимцева Е.А., Кругляков А.Ю., Яковлева А.А.</i>	
Онтогенетический подход в оценке микроциркуляторных нарушений у новорожденных детей с гипоксически-ишемическим поражением цнс.....	24



<i>Молчанова Е.Б., Юнусов А.С.</i> Риниты в подростковом возрасте	24
<i>Мороз Е.А., Башлакова А.Н., Вязова Л.И., Шенец С.Г.</i> Клинический случай синдрома делеции 22q11	25
<i>Муртазаева О.А., Зайцева С.В., Зайцева О.В., Локшина Э.Э., Томилова А.Ю.</i> Влияние уровня тревожности и уровня депрессии на контроль симптомов атопического дерматита у детей	25
<i>Николаева С.В., Хлыповка Ю.Н., Медкова А.Ю., Шушакова Е.К.</i> Клинико-эпидемиологические аспекты эволюции острых респираторных вирусных инфекций у детей	26
<i>Обухова А.Н.</i> Функциональное состояние почек доношенных новорожденных с гипероксалурией.....	27
<i>Ольхова Е.Б., Топольник М.В., Тагирова А.Ю., Борисов С.Ю., Мукасева Т.В.</i> Роль серошкального ультразвукового исследования в диагностике перекрута яичка у детей пубертатного возраста	27
<i>Павловская О.Г., Гладких О.А.</i> Российские тенденции детской онкологической заболеваемости	28
<i>Петриченко А.В., Тиганова О.А., Курдюков Б.В., Савлаев К.Ф., Иванова Н.М.</i> Диспансерное наблюдение детей, перенесших костные саркомы.....	28
<i>Петряйкина Е.Е., Ртищев А.Ю., Глазырина А.А., Рыбкина И.Г., Воронцова И.Г., Тихонович Ю.В., Парфенова Е.А., Путилина Е.А., Прометной Д.В., Куличенко Т.В.</i> Сахарный диабет и новая коронавирусная инфекция у детей, группа риска?.....	29
<i>Пинаева-Слыш Е.Л., Скворцова В.А., Давыдова И.В.</i> Сравнительный анализ физического развития и состава тела недоношенных и доношенных детей	29
<i>Прилуцкая В.А., Шатарнова Т.М., Аксенова Е.А.</i> Результаты генотипирования крупновесных и маловесных к сроку гестации новорожденных детей по полиморфным локусам генов лептина и его рецептора.....	30
<i>Проватар Н.П., Каширская Е.И., Новикова Е.А.</i> Амбулаторная помощь новорожденным и детям 1-го года жизни, рожденным посредством ЭКО	31
<i>Пырьева Е.А., Гмошинская М.В., Сафронова А.И., Георгиева О.В., Нетунаева Е.А., Алешина И.В., Тоболева М.А., Лебедева У.М., Олюшина Е.А., Богданова О.Г., Ткачук Е.А., Левчук Л.В.</i> Особенности питания детей школьного возраста в период дистанционного обучения.....	31
<i>Пырьева Е.А., Лебедева У.М., Гмошинская М.В., Нетунаева Е.В., Алешина И.В.</i> Питание детей школьного возраста в республике Саха (Якутия)	32
<i>Рахманкулова З.Ж., Абдукодирова М.К., Ходжамова Н.К.</i> Содержание некоторых цитокинов у новорожденных детей с герпесвирусными инфекциями в раннем неонатальном периоде.....	32
<i>Романов Д.В., Горбатова Н.Е., Сафин Д.А., Брылеева А.А., Листовская Е.М.</i> Выбор медикаментозного лечения младенческой гемангиомы у детей различных возрастных групп.....	33

<i>Рябова А.П., Попова А.П., Ларина Л.Е.</i> Редкий случай хронического миелолейкоза у подростка	33
<i>Савватеева О.А., Крикун В.С., Горелов А.В., Яблокова Е.А., Сичинава И.В., Борисова Е.В., Полотнянко Е.Ю.</i> Инфекционные маски болезни Крона у девочки 16 лет	34
<i>Садеева З.З., Новикова И.Е., Алябьева Н.М., Симонова О.И., Лазарева А.В.</i> Молекулярно-генетическая характеристика штаммов <i>pseudomonas aeruginosa</i> , выделенных у детей с муковисцидозом в Москве	34
<i>Салова А.Л., Когут Т.А., Мозжухина Л.И.</i> Психологические особенности в семьях детей с повторными эпизодами обструктивного ларингита	35
<i>Салова А.Л., Когут Т.А., Мозжухина Л.И.</i> Портрет современного врача через призму эмоционального интеллекта	35
<i>Сафин Д.А., Горбатова Н.Е., Золотов С.А., Батунина И.В., Брянцев А.В.</i> Ангиодисплазия кожного покрова и селективный подход к способам лечения лазерным излучением	35
<i>Сафин Д.А., Романов Д.В.</i> Вакцинация детей с сосудистыми аномалиями, мнение родителей.....	36
<i>Серезкина Ю.В., Плахотникова С.В.</i> Анализ течения инфекции COVID-19 у детей в Самарской области	37
<i>Скелян Е.Н.</i> Фокус на микробиологический мониторинг возбудителей внебольничных заболеваний верхних дыхательных путей у детей в период с 2019 по 2020 год.....	37
<i>Скелян Е.Н.</i> Мониторинг спектра и чувствительности к противомикробным лекарственным средствам возбудителей инфекций мочевых путей у детей на амбулаторном этапе в период с 2019 по 2020 год	38
<i>Скосарева Г.А., Левченко Л.А.</i> Бактериологический контроль у матерей недоношенных новорожденных с респираторным дистрессом.....	38
<i>Слепцова М.А., Стежкина Е.В., Чадин В.В.</i> Роль имидж-диагностики врожденных пороков развития бронхолегочной системы у детей в практике врача-педиатра	39
<i>Хамидова М.М., Шишханова Б.А., Бушуева Т.В., Боровик Т.Э.</i> Структура заболеваемости у детей грудного и раннего возраста по данным Детской клинической больницы г. Грозного	39
<i>Харитоновна Л.А., Папышева О.В., Маяцкая Т.А.</i> Особенности микробиоты кишечника и ее функциональной активности у детей раннего возраста, рожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом	40
<i>Харченко О.Ф., Обухович В.Р., Лисицына А.Ю.</i> Комплексное лечение атопического дерматита с использованием пробиотиков у детей раннего возраста.....	41
<i>Ходжамова Н.К.</i> Анализ структуры инфекционной патологии у маловесных недоношенных детей с бактериальной инфекцией.....	41



<i>Холодова И.Н., Нечаева В.В.</i> К вопросу об улучшении качества жизни детей первых месяцев жизни	42
<i>Чурсин В.А., Горбатова Н.Е., Дорофеев А.Г., Золотов С.А., Батунина И.В., Брянцев А.В.</i> Проблема лечения гигром у детей и перспектива использования способа эндовакитальной лазерной фототермодеструкции	42
<i>Шавырин И.А., Колесов С.В.</i> Статическая и динамическая концепции в корсетировании пациентов со сколиозом. Какой подход наиболее эффективен?	43
<i>Шавырин И.А., Кудряков С.А., Колесов С.В.</i> Опыт ортопедо-хирургического лечения нейромышечных деформаций позвоночника	43
<i>Шайлообаева Б.Р., Слепцова М.А., Гудков Р.А., Слободянюк О.А.</i> Анализ заболеваемости мочекаменной болезнью детей в Рязанской области	44
<i>Шенец С.Г., Кувшинников И.А., Вязова Л.И., Мороз Е.А., Башлакова А.Н.</i> Ранняя диагностика онкологических заболеваний у детей в условиях инфекционного стационара	44
<i>Шерстобитова А.И.</i> Результаты анализа послеоперационного течения Аномалии Эбштейна в зависимости от подходов к оперативному лечению	45
<i>Юрченко М.Ю., Курдюков Б.В., Иванова Е.А., Адуева У.Г., Евстафиева М.М., Корнеева А.В., Иванова Н.М.</i> Профилактика и лечение ранних осложнений противоопухолевого лечения у детей	45
<i>Коровин С.А., Дзядчик А.В., Стоногин С.В., Любанская С.Ю., Соколов Ю.Ю.</i> Лапароскопические технологии лечения детей с неразрешенной консервативными мероприятиями кишечной инвагинацией	46
<i>Коровин С.А., Дзядчик А.В., Акопян М.К., Вилесов А.В., Соколов Ю.Ю.</i> Мини-инвазивные технологии в лечении детей с перфоративными гастродуоденальными язвами	46
<i>Шарбаро В.Е., Бекезин В.В., Сорокина Л.А.</i> Динамика и структура детской инвалидности за последние 20 лет в г. Смоленске	47
<i>Лебедева М.В., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., Яцык С.П.</i> Недостаточность питания и продолжительность госпитализации у детей с хирургическими заболеваниями	47
<i>Козлова Е.В., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., Мурашкин Н.Н.</i> Физическое развитие детей с распространенным псориазом	48
<i>Опрятин Л.А., Боровик Т.Э., Рославцева Е.А., Гусева И.М., Мурашкин Н.Н.</i> Распространенность целиакии у детей с хроническими кожными заболеваниями	48
<i>Коноплева А.О., Скворцова В.А.</i> Оценка распространенности грудного вскармливания среди детей первого года жизни, наблюдаемых в условиях перинатального центра	49
<i>Грызунова А.С., Скворцова В.А., Петрова А.С.</i> Нутритивный статус недоношенных детей с экстремально низкой массой тела в течение неонатального периода	49