УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

В этом номере журнала «Российский вестник перинатологии и педиатрии» представляем Вашему вниманию Материалы XVIII Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» с международным участием

Конгресс состоится
22-24 октября 2019 года, г. Москва,
Гостиничный комплекс «КОСМОС», проспект Мира, 150

АДРЕС ОРГКОМИТЕТА КОНГРЕССА:

125412 г. Москва, ул. Талдомская, д. 2

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева

РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Оргкомитет Конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

Контактные телефоны:

Калашникова Татьяна Викторовна

Моб.: +7 (926) 525-16-82

E-mail: congress@pedklin.ru

Сайт: www.congress-pedklin.ru

СПОНСОРЫ

ФрутоНяня

gsk

astellas

акрихин
Люди заботятся о Людях

PharmaMed

rb
HEALTH · HYGIENE · HOME

PTC THERAPEUTICS

Glenmark

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ

Российский вестник перинатологии и педиатрии

bionika media

Акушерство и гинекология
научно-практический журнал

Фарматека

Медицинский оппонент
Научно-практическое образование для профессионалов

Кто есть кто в медицине
Who is Who

Yellmed
медицинский каталог online

MEDIAMEDICA

Участковый педиатр

Consilium Medicum
педиатрия

MEDI.RU
подробно о лекарствах

Доктор.Ру
журнал для врачей

Практика педиатра

Педиатрия
журнал имени Г.Н. Сперанского
Pediatria

издательство Династия
www.phdynasty.ru

Русский врач
издательский дом

The Practitioner
Лечащий Врач

Ремедиум
группа

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»

Врачи РФ

Журнал Поликлиника

Акушерство Гинекология Репродукция

Журнал Трудный пациент

Регистр лекарственных средств России
РЛС

Фармакоэкономика
современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология

Медфорум

Лечение и профилактика
Научно-практический медицинский журнал

Врачи будь среди своих вместе

Эпилепсия и пароксизмальные состояния

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева

Российская ассоциация педиатрических центров
РАПЦ
The Russian Association of Pediatric Centers

БРОНИРОВАНИЕ НОМЕРОВ

Hotel COSMOS

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Н.И. ПИРОГОВА
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ
им. академика Ю.Е. ВЕЛЬТИЩЕВА
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ
АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ КАРДИОЛОГОВ РОССИИ
ТВОРЧЕСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ДЕТСКИХ НЕФРОЛОГОВ
НАЦИОНАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУКИ И ИННОВАЦИЙ
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ДИЕТОЛОГОВ И НУТРИЦИОЛОГОВ
ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЛОР-ПЕДИАТРОВ
РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФЕДЕРАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ

ТЕЗИСЫ XVIII РОССИЙСКОГО КОНГРЕССА «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ» С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

DOI: 10.21508/1027–4065-congress-2019

СОДЕРЖАНИЕ

РРаздел 1
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ 151

Раздел 2
АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ 163

Раздел 3
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ 174

Раздел 4
ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК И ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 184

Раздел 5
КАРДИОЛОГИЯ 205

Раздел 6
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ 216

Раздел 7
НЕФРОЛОГИЯ 232

Раздел 8
НЕВРОЛОГИЯ 249

Раздел 9
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ 265

Раздел 10
ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ 284

Раздел 11
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ 291

Раздел 12
ИНФЕКЦИИ И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА 301

Раздел 13
РАЗНОЕ 306

Раздел 14
КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ 338

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ 351

Раздел 1
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

СОЗДАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПО НАСЛЕДСТВЕННЫМ БОЛЕЗНЯМ У ДЕТЕЙ

Благосклонов Н.А.[1], Демикова Н.С.[2,3]
[1]ФИЦ «Информатика и управление» РАН, Москва
[2]РМАНПО Минздрава России, Москва
[3]НИКИ педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Введение. Своевременная диагностика лизосомальных болезней накопления у детей является актуальной задачей, особенно в свете назначения ферментозаместительной терапии в раннем возрасте. Ранее уже создавались компьютерные системы поддержки принятия решений при диагностике наследственных болезней, такие, как ДИАГЕН, GENDIAG, POSSUM. В основу данных систем были положены различные подходы к выдвижению и подтверждению диагностических гипотез.

Целью данной работы является создание экспертной интерактивной компьютерной системы поддержки принятия диагностических решений. В базе знаний системы будут храниться формализованные описания клинической картины заболеваний с учетом возрастных периодов.

Материалы и методы. Прототип диагностической системы разрабатывается на примере 30 лизосомальных болезней накопления. Для формирования базы знаний системы использованы формализованные описания заболеваний в виде текстологических карт на основе литературных источников, как российских, так и зарубежных, а также справочно-информационных систем, таких как Online Mendelian Inheritance in Man (OMIM), Genetic and Rare Diseases Information Center (GARD), Human Phenotype Ontology (HPO). Эксперты использовали собственный опыт и текстологические карты при определении коэффициентов (факторов уверенности) существенности признаков. Были разработаны специальные шкалы для оценки манифестации, выраженности и частоты симптомов по возрастным группам больных.

Результаты. Разработана форма представления знаний по лизосомальным болезням накопления, включающая признаковое пространство, сопровождаемое специальными коэффициентами диагностической значимости по четырем возрастным группам. Разработана также шкала модальности признаков для указания на их релевантность.

Заключение. Материал исследования представлен в форме онтологий. По результатам диагностики с использованием онтологической системы, при условии наличия предварительного диагноза, а также при отсутствии диагностической гипотезы, врачу выдается короткий дифференциально-диагностический ряд (не более 4 нозологических форм). В настоящее время система проходит первый этап тестирования на различных типах и подтипах мукополисахаридозов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ: ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЕЕ ОКАЗАНИЕ РОДИТЕЛЯМ, НАХОДЯЩИМИСЯ ВМЕСТЕ СО СВОИМИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫМИ ДЕТЬМИ

Болучевская В.В., Баськова А.И., Деларю В.В., Шутова О.И.
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград.

Введение. Деятельность медицинского психолога в педиатрических учреждениях, по сути, сводится к оказанию психологической помощи (ПП) болеющим детям. Однако в педиатрических отделениях (ПО) значительная часть детей находится на протяжении 2-х и более недель вместе с родителями, для которых болезнь ребенка является стрессовым фактором, усиливающимся в связи с его госпитализацией. Соответственно, актуален вопрос об оказании ПП данному контингенту родителей в условиях ПО.

Цель исследования – оценить эффективность оказания ПП родителям, находящимися в ПО вместе со своими госпитализированными детьми.

Материалы и методы. a) Направленное на изучение семейных взаимоотношений, родительских установок и оценку нервно-психического здоровья родителей психологическое обследование 195 человек (178 матерей и 17 отцов), находящихся в ПО вместе со своими детьми (детей было 189 – у 59 онкопатология, у 37 – сахарный диабет, у 29 – врожденные пороки сердца, у 19 – ДЦП, у 45- другие нозологии; возраст детей – 4-12 лет). b) Проведение со 163 родителями 5-7 выполненных в разных техниках психокоррекционных занятий, направленных на улучшение внутрисемейного микроклимата, снижение уровня их негативных эмоциональных состояний. c) Анкетирование 26 врачей соответствующих ПО о целесообразности оказания ПП родителям, находящимися вместе со своими госпитализированными детьми.

Результаты. У 178 родителей (91,3%) выявлено неоптимальное родительское отношение к больному ребенку (чаще – гиперпротекция, потворствование, недостаточность требований, запретов, неустойчивый стиль воспитания), повышенный уровень невротизации, высокий уровень стресса, частые психосоматические жалобы. Из этих 178 человек 15 отказались от получения ПП; оставшимся 163 она была оказана; у 121 (74,2%) были получены позитивные изменения (конструирование психологически более здоровой семейной атмосферы, снижение уровня

выраженности нервно-психических расстройств). 21 врач (80,8%) отметил, что ПП помогла улучшить взаимодействие с родителями.

Заключение. Должностные обязанности медицинского психолога в ПО должны включать оказание ПП нуждающимся в ней родителям, находящимися вместе со своими госпитализированными детьми.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ABC-АНАЛИЗА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Даулетбеков Н.Д., Тилекеева У.М., Кушбакова А.Т.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек

Введение. Ежедневно в приемное отделение стационара обращается 200-250 больных по экстренным показаниям, из них 80-100 больных госпитализируется. В структуре больницы имеется реанимационное отделение, где в год проходит 900-1000 больных. Из них дети 88,6%, причем дети до 1 года жизни – 62,3%. В реанимационное отделение поступают больные по экстренным показаниям в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, из них более 50% больных поступают по скорой помощи. В связи, с чем встает вопрос о снижении расходов на лекарственные средства (ЛС).

Цель исследования: изучить финансовые расходы на ЛС отделения реанимации и интенсивной терапии.

Материалы и методы. Фармакоэкономический АВС-анализ по данным оборотно-сальдовой ведомости за 2018г отделения реанимации и интенсивной терапии.

Результаты. Отделение реанимации и интенсивной терапии за 2018 год использовали 109 наименований ЛС на сумму 2083011,41 сом (соответственно 2291312,5 рублей). Результаты АВС анализа указывают, на то, что: в группу «А» вошло 16 ЛС, что составило 14,7% от всех позиций номенклатуры и 80 % расходов на ЛС. На ЛС группы «В» (20 ЛС) израсходовано около 15% финансовых средств, а на многочисленную группу «С» (73 ЛС) около 5%. Наиболее затратный – пропинем (меропенем) 1000 мг, на который было потрачено 21,57% всех затрат, за ним следует реосорбилакт 200,0 на покупку его ушло 9,29% от всего расхода, замыкает тройку альбумин 20% 50,0, что составило 6,45% экономического расхода. В основном группу «А» составили растворы для коррекции нарушений водного, электролитного и кислотно-щелочного равновесия (Реосорбилакт 200,0; Р-р Рингера Лактат 250,0; 500,0; Натрия хлорид-0,9%100,0; Инфезол 40 250,0;Гемасол200,0;Инфузии250,0). А группу «В» антибактериальные препараты.

Заключение. Для снижения затрат на ЛС группы «А» следует изучить фармацевтический рынок на наличие менее затратных ЛС дженериков или аналогов взаимозаменяемых медикаментов, ведь любое снижение затрат на ЛС группы «А» ведет к значительной экономии бюджетных средств.

СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В РОДИЛЬНЫЙ ДОМ / ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ЖЕНЩИН: МОНИТОРИНГ МНЕНИЙ ВРАЧЕЙ-НЕОНАТОЛОГОВ

Деларю Н.В., Кондратьев Г.В., Деларю В.В.
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград.

Введение. В настоящее время общепризнанным является необходимость оказания как медицинской помощи, так и психологического и социального сопровождения пациентов / клиентов практически во всех медицинских специальностях, включая неонатологию.

Цель исследования – анализ результатов мониторинга мнений врачей–неонатологов о социальном сопровождении госпитализированных в родильный дом / перинатальный центр (РД/ПЦ) женщин.

Материалы и методы. Анонимное анкетирование врачей-неонатологов Волгоградской области (в 2010г. – 42 человек, в 2018г. – 45; метод основного массива).

Результаты. В 2010г. 13% неонатологов ответили, что им приходится достаточно часто давать советы по социальным вопросам; в 2018г. таких ответов было в 2,2 раза больше – 29% ($p>0,05$); о том, что они периодически, иногда дают подобные советы высказались 59% и 60% соответственно и что практически никогда – 28% в 2010г. и 11% в 2018г. ($p<0,05$).Как в 2010г., так и в 2018г. трое из четырех врачей отметили целесообразность наличия в штате РД/ПЦ специалиста по социальной работе / социального работника (78% и 73%). О том, что они постоянно сотрудничают с работающими в области перинатологии общественными организациями в 2010г. ответили 6% врачей, а в 2018г. в 4 раза больше (24%; $p<0,02$); об эпизодическом сотрудничестве сказали 20% и 36% соответственно ($p>0,05$); отрицали сотрудничество 74% и 40% ($p<0,01$).

Заключение. Неонатологи стали активнее заниматься социальными проблемами своих «подопечных», что не входит в их прямые должностные обязанности, но отражает реальную потребность в социальной помощи госпитализированным в РД/ПЦ женщинам (и их детям), а также показывает ее недостаточность в данных учрежде-

ниях. Последнее в первую очередь связано с отсутствием в «Квалификационных характеристиках должностей работников в сфере здравоохранения» должностей «специалист по социальной работе» и «социальный работник». В результате вопросами оказания социальной помощи (в РД/ПЦ и лечебно-профилактических учреждениях других профилей) занимаются врачи, юристы, медицинские психологи и т.д., для которых данная деятельность не является профильной. Наличие указанных должностей в штате РД/ПЦ повысило бы эффективность деятельности служб охраны материнства и детства.

ОЦЕНКИ ВРАЧАМИ – НЕОНАТОЛОГАМИ ОРГАНИЗОВАННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ФИРМ ЛЕКЦИЙ

Деларю Н.В., Деларю В.В.
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград.

Введение. В середине 1990-х годов в отечественном здравоохранении появилась практика организации представителями фармацевтических фирм лекций для практических врачей; во второй половине 2010-х годов неотъемлемым атрибутом международных / всероссийских конференций является спонсорское участие фармацевтических фирм, чаще всего включающее при этом представление в той или иной «лекционно-презентационной» форме своей продукции. Соответственно, актуальным является изучение мнений о данных лекциях представителей практического здравоохранения, в частности, врачей – неонатологов.

Цель исследования – выяснить мнения неонатологов об организованных представителями фармацевтических фирм лекций для практических врачей.

Материалы и методы. Анонимное анкетирование врачей – неонатологов Волгоградской области (в 2010г. – 42 человек, в 2018г. – 45; метод основного массива).

Результаты. В 2010г. 29% врачей оценили практику чтения лекций по линии фармацевтических фирм о тех или иных заболеваниях, лекарственных препаратах, питательных / молочных смесях как безусловно положительное явление; 54% – как скорее положительное, чем отрицательное явление; 12% – как скорее отрицательное, чем положительное явление и 5% – как безусловно отрицательное явление. Распределение оценок респондентов в 2018г. было практически идентичным: 33%, 51%, 14% и 2% соответственно. В 2010г. 33% неонатологов считали, что информация о тех или иных лекарственных препаратах в подобных лекциях чаще всего бывает полезной, нужной; 26% высказали прямо противоположное мнение, т.е. что она чаще всего бывает чисто рекламной, не нужной; 38% решили, что верно нечто среднее между этими крайними точками зрения; 3% затруднились ответить. В 2018г. оценки респондентов распределились также схожим образом: 38%, 33%, 27% и 2% соответственно.

Заключение. Около 80% неонатологов положительно относятся к организации представителями фармацевтических фирм лекций для практических врачей, хотя при этом каждый третий – четвертый специалист отмечает отсутствие практической значимости содержащейся в них информации. Выявленная схожесть оценок врачей – неонатологов в 2010г. и 2018г. позволяет также сделать вывод о том, что в ближайшие годы мнения специалистов о данной практике будут аналогичными.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ОСНОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОРЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Драчков А.А., Лобанов Ю.Ф.
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Введение. Исследования качества жизни (КЖ) при анализе состояния здоровья получили широкое распространение в РФ, повышение качества жизни при лечебных и реабилитационных мероприятий является важной составляющей у детей, имеющих ограниченные возможности здоровья.

Цель – оценка качества жизни детей младшего школьного возраста (7-11 лет) с ограниченными возможностями здоровья.

Материалы и методы. Изучено КЖ 196 детей, наблюдающихся в КГБУЗ «Благовещенская ЦРБ» и имеющие ОВЗ (ограниченные возможности здоровья). Оценка КЖ проводилась по результатам сведений русскоязычной версии опросника SF-36. Детей опрашивали после получения информированного согласия от родителей и в их присутствии. Группу сравнения составили 185 практически здоровых детей младшего школьного возраста (7-11 лет). Статистическую обработку полученных данных осуществляли с использованием программы Statistika.

Результаты. По всем шкалам опросника показатели КЖ у практически здоровых детей оказались значительно выше, чем у детей с ОВЗ. Максимальная разница получилась в шкалах «общее состояние здоровья» (разница 23,6 балла), «жизненная активность» (разница 27,9 балла). Итоговый показатель у детей группы сравнения (практически здоровые) составил 615,2 балла, у детей с ОВЗ он составил 453,2 бала (превышение более чем в 1,3 раза). В результате проведенного лечебных и реабилитационных меро-

приятий в течение 2017-2018 годов показатели КЖ у детей с ОВЗ увеличились по всем шкалам. Максимальные прибавки оказались по шкалам «общее состояние здоровья» и «жизненная активность». Суммарный показатель КЖ у детей с ОВЗ повысился до 586,7 баллов. Уровень физического здоровья в процессе лечебно- реабилитационных мероприятий увеличился на 19,0%, а психологического – на 24,8%.

Заключение. Оценка КЖ при проведении лечебных и реабилитационных мероприятиях детям с ОВЗ необходима для всесторонней оценки состояния здоровья данной категории пациентов и составления должного плана диспансерного наблюдения. Уровень психологического здоровья вырос даже больше физического после проведения комплекса мероприятий, что важно для адекватной социализации детей с ОВЗ.

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА РЕГИСТРАЦИИ, СИСТЕМАТИЗАЦИИ И УЧЕТА ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

Жанатаева Д.Ж., Назарова Л.К., Абильдинова Г.Ж., Мещеряков В.В.

Национальный научный центр материнства и детства, г. Нур-Султан, Казахстан

Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Введение. Рост заболеваемости наследственной патологией и ВПР, значительное социальное бремя этих заболеваний диктуют необходимость совершенствования медицинской помощи, которая невозможна без объективных эпидемиологических данных.

Цель. Представить опыт организации мониторинга наследственных заболеваний и ВПР у детей на основе создания их единого регистра.

Материалы и методы. Разработан регистр, включающий 4 модуля – базы данных детей с моногенными заболеваниями, хромосомными аномалиями, ВПР и результаты пренатальной диагностики. Источником первичной информации является электронная регистрационная карта пациента, которая включает анкетные данные, анамнез жизни и заболевания, генеалогическую информацию, описание фенотипа, результаты исследований. Сведения о пациентах хранятся в компьютерной базе на WEB-сервере с доступом в онлайн режиме.

Результаты. В базе данных в настоящее время содержится информация о 2685 случаях пациентов и плодов с врожденной и наследственной патологией. В структуре патологии преобладают врожденные пороки развития – 1323 (49,3%) случая. К наиболее часто встречающимся порокам относятся ВПР нервной системы – 236 (17,8%), множественные врожденные пороки развития – 191 (14,4%), ВПР мочеполовой системы – 183 (13,8%), ВПР системы кровообращения – 169 (12,7%). Хромосомная патология составила 744 (27,7%) случая. Моногенная патология была выявлена в 618 (23,0%) случаях. Наиболее часто встречаются несовершенный остеогенез – 43 (6,9%), хондродистрофия – 36 (5,8%), адреногенитальный синдром – 28 (4,5%), врожденный гипотиреоз – 23 (3,7%), мукополисахаридоз – 22 (3,5%), спинальная мышечная амиотрофия – 17 (2,7%), миопатия Дюшенна – 11 (1,7%).

Заключение. Создание информационно-аналитической системы в виде четырехмодульного регистра позволяет оценить частоту и структуру врожденной и наследственной патологии в детской популяции, эффективность пренатальной диагностики, прогнозировать эпидемиологические показатели на последующие годы, планировать и рационально использовать кадровые и материальные ресурсы, определять приоритетные задачи по снижению уровней перинатальной, младенческой смертности и инвалидизации.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Комаров А.Ф., Каюмова Д.А., Апалькова Е.П., Яковенко М.П., Кулагина М.Г. Боровикова Е.В.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар.

Введение. Улучшение пренатальной диагностики позволяет подготовиться к рождению ребенка и при необходимости провести хирургическую коррекцию в стационаре 3-го уровня. В 2013г. оптимизировано комплексное лечение детей рожденных раньше срока с хирургической патологией.

Цель исследования – дать сравнительную оценку комплексного лечения недоношенных новорожденных с хирургической патологией.

Пациенты и методы. Проведено ретроспективное изучение 169 историй развития детей, рожденных до 37 недели гестации за 2012г. и 205 историй – за 2017г. Оценивались: частота выявленной хирургической патологии, срок гестации, летальность.

Результаты. В сравнении за 5 лет выросло число среди недоношенных новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, уменьшилось количество новорожденных со сроком гестации 32-34 недели. Увеличилось количество новорожденных с хирургической патологией. Снизился процент летальности новорожденных со сроком гестации 35-37 недель. Выявлена достоверность значимых различий умерших детей на сроке гестации 32-34 недели ($t=2,8$, $p<0,05$) и на сроке гестации 35-37 недель ($t=2,1$, $p<0,05$), сокращение процента общей летальности по отделению до 6,8% .

Заключение. Представленные результаты позволяют говорить об эффективности современного комплексного подхода к лечению детей рожденных с хирургической патологией. Уменьшился в три раза процент летального исхода у недоношенных детей с хирургической патологией. Сократился процент умерших детей со сроком гестации 32-37 недель. Выросло число проведенных больными койко-дней за счет снижения летальности детей рожденных до 28 недели гестации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ШКОЛЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Ларичева Е.Г., Саламатова Т.В., Мещеряков В.В.
Сургутский государственный университет, Сургут
Городская клиническая поликлиника №2, Сургут

Введение. Отсутствие эффективной системы образования для подростков в области репродуктивного здоровья явилось одной из причин ухудшения репродуктивного здоровья современной молодежи.

Цель. Оценить эффективность реализации проекта «Школа репродуктивного здоровья» для подростков.

Материалы и методы. В сплошное когортное проспективное сравнительное медико-социологическое исследование – анонимное анкетирование, включены юноши и девушки, достигшие возраста 15 лет и получавшие инновационную информационную услугу в «Школе репродуктивного здоровья», в группу сравнения – подростки, обучавшиеся в рамках стандартного образовательного процесса. В каждой из групп анкетирование проведено среди учащихся 9-ых классов и в динамике через один год. Анкета включала 3 блока вопросов, определяющие уровень знаний о репродуктивном здоровье, уровень мотивации на его сохранение и вопросы о фактическом половом поведении. Статистическая обработка проведена методами Манна-Уитни, ранговой корреляции и углового преобразования Фишера.

Результаты. В исследование включены данные 229 подростков основной группы и 144 – группы сравнения. Между уровнем осведомленности о репродуктивном здоровье и ранжированным уровнем мотивации на его сохранение установлена статистически значимая связь (юноши – r=0,68; девушки – r=0,72; p=0,000). В динамике у подростков, получавших инновационную образовательную программу, наблюдалось повышение ранжированного уровня мотивации на здоровьесбережение (p=0,001 и p=0,000 у юношей и девушек соответственно), в то время как у подростков, обучавшихся в рамках стандартного образовательного процесса статистически значимая разница изучаемого показателя отсутствовала (p=0,810 у юношей и p=0,080 у девушек). У юношей, получавших инновационную образовательную услугу, выявлено нарастание удельного веса сексуально активных в меньшей степени, чем у сверстников группы сравнения (p<0,01). У девушек основной группы статистически значимого роста сексуальной активности в динамике не выявлено (p>0,05), в отличие от девушек группы сравнения (p<0,01).

Заключение. Реализация инновационной образовательной программы «Школа репродуктивного здоровья» обеспечивает повышение уровня мотивации подростков на сохранение репродуктивного здоровья.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Павловская О.Г., Чолоян С.Б., Гладких О.А.
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

Введение. Злокачественные новообразования (ЗН) у детей остаются одной из основных причин смертности. Современная организация медицинской помощи может снизить данный показатель.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ оказания онкологической помощи детям в России и Оренбургской области.

Материалы и методы. Использованы данные Минздрава России за 2018 г. Применены статистический и аналитический методы исследования.

Результаты. Показатель распространенности ЗН у детей области до 15 лет в 2018 г. составил 65,5 на 100 000 детского населения (0-17 лет – 74,1), при этом в России 82,7 и 90,5 соответственно. В 2018 г. регионе впервые зарегистрировано 37 ЗН у детей 0-14 лет, в том числе выявлено активно 16,2 % (в РФ 5,6%). На учете 5 лет и более находятся 43,3% пациентов. Индекс накопления контингентов составил 6,7 (в РФ 6,6). Летальность – 2,4% (2,6). Максимальные показатели установлены при локализации ЗН в поджелудочной железе (39,9%), печени и внутрипеченочных желчных протоках (38,4%), пищеводе (29,9%). Диагноз подтвержден морфологически в 97,3% (в РФ 95,1). Имели I стадию заболевания 8,1% (в РФ 9,1), II – 18,9% (14,8), III – 2,7% (8,1), IV – 10,8% (9,0), не установлена – в 59,5% (69,1). Одногодичная летальность составила 12,5% (в РФ 8,4).

В области впервые зарегистрировано 49 ЗН у детей 0-17 лет, в том числе выявлено активно 12,2 % (в РФ 6,2). На учете 5 лет и более находятся 44,0%. Индекс накопления контингентов составил 6,6% (7,1%). Летальность – 2,7% (2,4). Диагноз подтвержден морфологически в 98,0%. Имели I стадию ЗН – 12,22% (в РФ 10,6), II – 18,4% (16,0) , III – 8,2% (8,5), IV – 10,2% (9,3), не установлена в 51,0% (55,6). Одногодичная летальность составила 13,0% (8,2).

Заключение. К региональным особенностям оказания онкологической помощи детям относятся высокое выявление патологии на профилактических осмотрах, частое морфологическое подтверждение, высокая одногодичная летальность. Это требует развития детской онкологической службы в регионе.

ПЕРВИЧНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ АККРЕДИТАЦИЯ ПЕДИАТРОВ. ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Петрушина А.Д., Халидуллина О.Ю., Кайб И.Д., Ушакова С.А.
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Россия, Тюмень

Введение. Подготовка квалифицированных кадров для практического здравоохранения является главной задачей Вузов. Оптимизация и реформирование здравоохранения требует и новых эффективных форм подготовки специалистов. Об этом свидетельствует введение непрерывного медицинского образования и аккредитации специалистов, согласно приказа №898н от 14.01.2019 г. Минздрава РФ.

Цель работы – проанализировать итоги первичной специализированной аккредитации врачей педиатров, проходящих первичную профессиональную переподготовку на кафедре педиатрии ИНПР.

Результаты. В период профессиональной переподготовке врачей педиатров, согласно рабочей программе, включавшей кроме лекций, семинаров, клинических разборов, стажировок на рабочем месте по всем педиатрическим и смежным дисциплинам, обязательное тренировочное on line тестирование в единой базе оценочных средств на сайте методического центра аккредитации по специальности педиатрия, отработку практических навыков в симулированных условиях, с обязательным использованием фантомного оборудования, привлечением стандартизованных пациентов в Центре симуляционного обучения и решение кейсов ситуационных задач. Такой алгоритм подготовки специалистов позволяет в постоянном режиме формировать общепрофессиональные и профессиональные компетенции и закреплять полученные знания с тестированием для дифференциальной диагностики заболеваний детского возраста. Особое место в подготовке педиатров занимает работа в Центре симуляционного обучения в виде отработки паспортов станций объективного структурированного экзамена с оценкой правильности и последовательности действий аккредитуемых с помощью оценочных листов. После отработки компетенций по неотложной педиатрии проводится дебрифинг, который позволяет увидеть дефекты и неправильную методику с повторной отработкой навыков. Как показали результаты аккредитации все педиатры с первой попытки успешно прошли все три этапа.

Заключение. Результаты анкетирования врачей, прошедших профессиональную переподготовку по педиатрии и успешно завершивших процедуру аккредитации, свидетельствуют, что данная форма приемлема и эффективна для повышения квалификации врачей в здравоохранении. Однако, учитывая первый опыт проведения первичной специализированной аккредитации, необходимо отметить, что последовательность действий, представленных в чек-листах, нуждается в некоторой доработке, согласно утвержденным клиническим рекомендациям.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, ДЕТСКОЙ КУРОРТОЛОГИИ И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ

Погонченкова И.В.[1], Хан М.А.[1,2], Лян Н.А.[1,2]
[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
[2]ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва

Задачами медицинской реабилитации в педиатрии являются: предупреждение инвалидности, снижение степени инвалидизации при значительном повреждении, максимально возможное улучшение качества жизни, повышение эффективности оказания медицинской помощи. С целью совершенствования нормативно-правовой базы службы медицинской реабилитации Минздравом России подготовлен проект Приказа Минздрава России “О внесении изменений в Порядок организации медицинской реабилитации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н”. Достижением является выделение реабилитации отдельной медицинской специальностью Приказом Минтруда РФ от 03.09.2018 N 572н «Об утверждении профессионального стандарта «специалист по медицинской реабилитации».

В последние годы отмечается актуализация основных направлений развития детской курортологии в Российской Федерации.

В настоящее время распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2018 г. № 2581-р утверждена Стратегия развития санаторно-курортного комплекса (СКК) Российской Федерации. Целями Стратегии являются повышение доступности санаторно-курортного лечения (СКЛ), развитие лечебно-оздоровительных местностей и курортов, эффективное использование природных лечебных ресурсов, развитие материально-технической базы санаторно-курортных организаций (СКО).

С целью реализации основных задач Стратегии разработаны документы, регламентирующие деятельность санаториев, в том числе для детей.

Одной из важных задач Стратегии развития СКК в РФ является повышение доступности и обеспеченности СКЛ детей. К числу ключевых вопросов развития детской санаторно-курортной службы относятся максимальное и эффективное использование коечной мощности имеющихся детских СКО с целью лечения и медицинской реабилитации детей, прежде всего с хроническими заболеваниями, активное внедрение в практику детских СКО инновационных технологий аппаратной физиотерапии, позволяющих повысить эффективность СКЛ, совершенствование подготовки специалистов в области СКЛ, проведение мероприятий по повышению инвестиционной привлекательности СКО и развитие их инфрастуктуры.

ИНТЕРНЕТ-РЕСУРС ПО ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ И АНОМАЛИЯМ РАЗВИТИЯ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НА ОСНОВЕ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

Путинцев А.Н., Воинова В.Ю., Демикова Н.С., Лапина А.С., Николаева Е.А., Харабадзе М.Н.
НИКИ педиатрии им. акад. Ю.Е.Вельтищева ГБОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Актуальность. В медицинской практике для принятия решений в сложных случаях, например, при диагностике редких форм врожденных пороков развития или синдромов с множественными врожденными аномалиями у детей, врачу часто необходима информационная поддержка. В институте разработана мультимедийная обучающая система, содержащая описание фенотипических проявлений свыше 80 врожденных пороков и синдромов с множественными ВПР наследственной и тератогенной природы, включенных в Программу послевузовского и дополнительного образования по специальности «Генетика». В связи с большим интересом врачей-генетиков и студентов к данной обучающей системе актуальными задачами являются: расширение функциональных возможностей образовательного ресурса, добавление иллюстративного материала на базе отделения клинической генетики, а также оценка эффективности его применения для повышения уровня знаний удаленных пользователей.

Цель работы: разработать многофункциональный Интернет-ресурс по врожденным порокам и аномалиям развития и оценить эффективность самообучения.

Метод. При создании Интернет-приложения были применены методы объектно-ориентированного программирования с использованием фреймворка Symfony PHP и базы данных MySQL для хранения результатов дистанционного тестирования пользователей. Для визуализации результатов анализа эффективности самообучения использовался дескриптивный анализ данных.

Результаты работы. Разработан многофункциональный образовательный Интернет-ресурс по врожденным порокам и аномалиям развития (http://vpar.pedklin.ru, свидетельство Роспатента № 2019613529), предназначенный для дистанционного повышения квалификации врачей и обучения студентов медицинских вузов. Пользователям ресурса были предложены тесты для проверки начального уровня знаний по ряду разделов; имелась возможность пополнить недостающие знания с помощью обучающей части системы, а затем повторно ответить на вопросы. Участие в дистанционном тестировании по разделам: «Общие вопросы» и «Профилактика и лечение» приняли 204 пользователя разных категорий – врачи, студенты и преподаватели. В качестве критерия оценки уровня знаний рассматривался средний процент правильных ответов пользователей. Начальные знания врачей оказались выше, чем у остальных категорий пользователей, однако результаты повторных попыток показали, что уровень знаний студентов повышался быстрее, чем у врачей. Анализ результатов тестирования с учетом повторных попыток позволил определить, какие вопросы являются слишком сложными, а какие – слишком простыми. Для разработчиков эта информация оказалась полезной для дальнейшего улучшения ресурса – добавления недостающих разделов обучающей части и корректировки тестовых заданий: уточнения сложных формулировок вопросов для их лучшего понимания, а также удаления ряда простых вопросов из базы данных.

Заключение. Реализация обратной связи пользователей с образовательным Интернет-ресурсом и ее анализ позволяет не только оценить эффективность самообучения, но и получить полезную информацию для совершенствования электронного образовательного ресурса.

АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ВРАЧУ-ДЕТСКОМУ ОНКОЛОГУ

Рыков М.Ю.
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Введение. С целью повышения ранней выявляемости злокачественных новообразований у детей в медицинских организациях Архангельской области в клиническую практику врачей-участковых педиатров в 2016 г. внедрен «Алгоритм определения целе-

сообразности направления пациента на консультацию к врачу-детскому онкологу».

Цель исследования. Повышение ранней выявляемости злокачественных новообразований у детей.

Материалы и методы. С целью оценки результативности применения «Алгоритма» в рамках Архангельской области в 2011 – 2018 гг. проведен организационный эксперимент: сравнение двух групп пациентов в возрасте 0 – 17 лет с со́лидными злокачественными новообразованиями: первая группа – 49 пациентов, получавших медицинскую помощь в 2011 – 2015 гг.; вторая группа – 51 пациент, получавший медицинскую помощь в 2016 – 2018 гг. (контрольная группа). По возрасту, полу и стадиям заболеваний в сравниваемых группах статистически значимых различий отмечено не было. Проводилось сравнение выживаемости пациентов после установления диагноза злокачественного новообразования, а также оценивались временные характеристики этапов, предшествовавших началу специализированного лечения. При помощи метода Каплана-Мейера произведено сравнение времени дожития пациентов в зависимости от периода лечения: 2011 – 2015 гг. и 2016 – 2018 гг.

Результаты. Введение «Алгоритма» позволило увеличить трехлетнюю выживаемость пациентов после установления диагноза злокачественного новообразования с 25,04±2,05 мес. до 30,3±1,57 мес. (p=0,045). Статистически значимо сократились временные параметры различных этапов, предшествовавших началу специализированного лечения: время от момента обращения к врачу-детскому онкологу до верификации диагноза сократилось с 9,0 (7,0; 14,0) до 7,0 (5,0; 9,0) дней (p<0,001); время от верификации диагноза до начала специализированного лечения сократилось с 12,0 (8,0; 16,0) до 8,0 (6,0; 10,0) дней (p<0,001); время от момента обращения к врачу-участковому педиатру до направления к врачу-детскому онкологу – с 11,0 (6,0; 17,0) до 2,0 (1,0; 3,0) дней (p<0,001); время от момента обращения к врачу-участковому педиатру до начала специализированного лечения – с 23,0 (17,0; 32,0) до 9,0 (8,0; 12,0) дней (p<0,001).

Заключение. В рамках организационного эксперимента показана результативность внедрения «Алгоритма», направленного на повышение ранней выявляемости злокачественных новообразований у детей. Следует внедрить предложенный инструмент в клиническую практику медицинских организаций других субъектов Российской Федерации.

СОБЛЮДЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сависько А. А., Синельникова А. Г., Сависько Ан. А., Гончаров С. Г.
ГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. В настоящее время имеется большое количество исследований, отражающих новые представления о витамине D как о биологически активном гормоне. Стало известно о «неклассических» эффектах витамина D, влияющих на различные органы и системы через специфические VDR – рецепторы. Известно, что до 50 % населения планеты имеют недостаточность витамина D. В РФ с 2018 года реализуется Национальная программа, отражающая единую концепцию по диагностике, профилактике и коррекции недостаточности витамина D у детей и подростков.

Цель исследования. Анализ соблюдения современных подходов к профилактике и коррекции недостаточности витамина D у детей в амбулаторно-поликлиническом звене.

Материалы и методы. Проведен анализ 60 историй развития (форма 112-у) детей раннего возраста и анкетирование 60 врачей-педиатров участковых г. Ростова-на-Дону.

Результаты. Наиболее часто назначаемый препарат (95%) – неактивная водорастворимая форма витамина D3 (Аквадетрим). Профилактические дозы препарата соответствовали рекомендуемым у 58,3% детей первого, 41,7% – второго, и у 20,3% детей третьего года жизни. При этом в 43,3% случаев препарат назначался только на осенне-зимний период. Анализ данных историй развития установил, что у 52,5% детей отмечались частые эпизоды ОРИ (38,5%), протекающие с развитием острых средних отитов (18,7%), бронхообструктивным синдромом (10,8%), в единичном случае с пневмонией (1,7%). У 25,4% детей отмечался отягощенный аллергологический анамнез, у каждого третьего ребенка (32,1%) имели место хронические воспалительные заболевания ЛОР органов. Большинство детей старше года с неблагоприятным преморбидным фоном (72,2%) не получали профилактические дозы витамина D, несмотря на имеющиеся у него свойства иммуномодулятора. Только у 5 детей (8,3%) с клиническими проявлениями иммуносупрессии был определен уровень витамина D для установления степени дефицита и назначения лечебных доз. Результаты анкетирования врачей выявили, что роль витамина D в профилактике развития обструктивных респираторных заболеваний отмечают 61,7%, атопических состояний (51,7%), ожирения, сахарного диабета (45% соответственно) и аутоиммунной патологии (33,3%), подтверждая его значимость в регуляции фосфорно-кальциевого обмена (100%).

Заключение. Необходимо повышать профессиональные компетенции врачей-педиатров в современных подходах к профилактике и коррекции недостаточности витамина D, акцентируя внимание на его значимости в развитии иммуноопосредованных заболеваний у детей.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПО ПРИНЦИПУ «РОМАШКА» У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Трикоменас Н.Н., Шеенкова М.В., Мельникова Н.Е.
ГАУЗ «Детская городская клиническая больница», Оренбург, Россия
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

Введение. Для повышения доступности и качества медицинской помощи детям сегодня необходимо рационально использовать ресурсы детской поликлиники, искать новые методы.

Цель исследования. Оценить экономическую эффективность методики проведения профилактических осмотров по принципу «Ромашка» у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проведено 342 замера профилактических осмотров по принципу «Ромашка» у детей раннего возраста в ГАУЗ ДГКБ г. Оренбурга. Проведен опрос 100 родителей по удовлетворенности новой методикой. Использованы статистический и социологический методы исследования.

Результаты. Разработана стандартная операционная карта «Проведение профосмотра детей по технологии «Ромашка»», где прописала пошаговая последовательность прохождения диспансеризации, чек-листы и шаблоны документов. Технология заключается в том, что в один день пациент проходит лабораторную и функциональную диагностику, а в другой – всех узких специалистов в одном кабинете. Врач-педиатр участковый составляет план профилактического осмотра. Медсестра не позже чем за 15 дней формирует списки детей. Сверяется с утвержденным по поликлинике графиком проведения профосмотров, вручает родителям направления.

Участковый врач-педиатр устно представляет данные ребенка для всех врачей – историю развития, антропометрию, особенности. Мама раздевает ребенка, на пеленальном столе его осматривают в зависимости от возраста хирург, невролог, травматолог-ортопед, детский хирург и детский уролог-андролог, а также другие специалисты с использованием штатного оборудования. Метод позволяет врачам провести консилиум любому ребенку. Данные вносятся в медицинскую информационную систему. Осмотр для малыша, которому 1 мес., занимает 22 /, в 3 мес. – 15 /, в 1 год – 50 /, в 2 года – 25 /, в 3 года – 56 /.

При сравнении стоимости приема специалистов в обычном режиме и по модели «Ромашка» экономия составила от 33 до 36 процентов. Удовлетворенность родителей новой методикой по данным опроса – 92%.

Заключение. Таким образом, методика «Ромашка» у детей раннего возраста имеет медицинскую, социальную и экономическую эффективность и может быть использована в других медицинских организациях.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Шеенкова М.В., Дмитриева И.В.
ГАУЗ «Детская городская клиническая больница», Оренбург, Россия
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»Минздрава России

Введение. Одним из вариантов реагирования на интенсивное развитие общества является развитие в детских поликлиниках структур для оказания круглосуточной неотложной помощи (КНП).

Цель исследования. Проанализировать опыт работы КНП на базе детских поликлиник ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга (ДГКБ) за 2018 г.

Материалы и методы. Проанализированы все вызовы КНП в ДГКБ за 2018 г. Использованы данные медицинской информационной системы ДГКБ. Использованы статистические и аналитические методы исследования.

Результаты. Проведен 112 936 вызовов КНП за 2018 г. в ДГКБ в зависимости от пола, возраста, повода обращения пациента. Анализировалось количество вызовов КНП по месяцам года, по дням месяца и по дням недели, а так же по часам суток. Пациенты первого года жизни дают 17,08% вызовов. Установлено, что чем старше пациент, тем меньше вызовов КНП делает данная возрастная группа. Рост в распределении вызовов КНП по месяцам наблюдается с января по март и с июня по октябрь. При анализе числа вызовов в течение дней недели можно установить, что практически четверть вызовов за неделю приходится на понедельник. Далее со вторника по пятницу процент вызовов составляет от 15,83 до 16,65% от всех вызовов за неделю, а в выходные дни 11%. Динамика числа вызовов по часам суток показывает, что практически половины всех вызовов (49,04%) фиксируется в 8-9 часов утра, при этом круглосуточная работа дает дополнительно 2,46% вызовов (из них 50% составляет время от 0 до 1 часа).

При проведении метода анализа временных рядов установлено, что спектральная плотность 12 часового цикла работы КНП в 2,5 раза слабее, чем спектральная плотность 24 часового цикла.

Заключение. Таким образом, математический анализ выявил необходимость функционирования круглосуточной работы службы неотложной помощи детям. Она разгружают участковую службу в дневное

и вечернее время, позволяет проводить раннее начало лечения, уменьшает риск госпитализаций в стационар, повышает доступность медицинской помощи.

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Молодцов Н.С., Дмитриева И.В.
ГАУЗ «Детская городская клиническая больница»
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург

Введение. В целях создания условий для предупреждения инвалидизации детей, родившихся с факторами риска и заболеваниями, для полноценного физического и психического развития их социальной адаптации необходима медицинская реабилитация.

Цель исследования. Оценить основные показатели деятельности отделения медицинской реабилитации (ОМР) для детей первого года жизни.

Материалы и методы. Использованы данные медицинской информационной системы ДГКБ о работе ОМР за 2018-2019 гг. Применены статистический и социологический методы исследования.

Результаты. На основании приказа Минздрава России от 29.12.2012 г. №1705н «О порядке организации медицинской реабилитации», в ДГКБ открыто ОМР для детей первого года жизни на 10 коек с 01.10.2018 г. Госпитализация осуществляется в плановом порядке. Пациенты направляются по профилям: травматология-ортопедия, педиатрия, неврология. Показаниями для направления в ОМР являются: недоношенность 2-3 степени, задержка внутриутробного развития задержка физического развития 1-3 степени, перинатальное поражение центральной нервной системы, врожденное и перинатальное поражение бронхолегочной системы, гипербилирубинемия, состояния после оперативных вмешательств по поводу врожденных пороков развития. Реабилитация проводится в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

В 2018 году лечение получили 33 ребенка, а за 6 мес. 2019 г. 71 ребенок (19 девочек и 52 мальчика). Структура причин госпитализаций была следующей: другие уточненные поражения головного мозга составили 65%; нарушение обмена билирубина неуточненные – 18%; другие врожденные аномалии легкого – 8%; умеренная и легкая белково-энергетическая недостаточность, паралич Белла, другие врожденные деформации бедра по 1%. Стоимость лечения пациента – 47 297,59 рублей. Продолжительность лечения в среднем – 10,9 койко-дня. Ежедневно отпускаются физиотерапевтические процедуры и массаж. Эффективность лечения составила 97,1%. По данным анкетирования удовлетворенность законных представителей условиями предоставления медицинских услуг составила 88,2%.

Заключение. Таким образом, создание ОМР для детей первого жизни позволяет сформировать систему непрерывного медицинского наблюдения детей данной возрастной группы, максимально использовать их реабилитационный потенциал.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Трикоменас Н.Н., Шеенкова М.В., Мельникова Н.Е.
ГАУЗ «Детская городская клиническая больница», Оренбург, Россия
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

Введение. Развитие первичной медико-санитарной медицинской помощи (ПМСП) детям сегодня требует новых подходов к организации работы.

Цель исследования. Изучить экономическую эффективность инновационных технологий в работе детской поликлиники. Круглосуточных: диспетчерского центра (КДЦ), неотложной медицинской помощи (КНМП), стоматологии (КС), травмпункта (КТ); переход работы поликлиник на семидневный режим.

Материалы и методы. Изучены показатели деятельности КДЦ, КНМП, КС ГАУЗ ДГКБ г. Оренбурга (ДГКБ). Использованы статистический и аналитический методы.

Результаты. Структура ДГКБ постоянно меняется в зависимости от потребностей пациентов и анализа заказанных услуг. Так в 2017 г. в их структуре 64,7 % занимали потери по стоматологии, 12,1 % по травматологии и ортопедии, 2,2 % по скорой медицинской помощи.

КДЦ работает круглосуточно с 29.04.2018 года. Организует взаимодействие и слаженность всех служб больницы.

Перевод в круглосуточный режим работы КНМП произошел с 29.04.2018 года. Врачами осуществляется динамическое наблюдение за пациентом, отказавшимся от госпитализации в ночное время и выходные дни, до передачи его под наблюдение участкового педиатра.

КНМП сегодня разгружают участковую службу в дневное и вечернее время, осуществляет раннее начало лечения, уменьшает риск госпитализаций в стационар, а также снижает риск осложнений, повышает качество оказания услуг. Экономический эффект составляет 5,1 млн. рублей в год.

Создание КС произошло в июне 2018 года. Эффективность открытия определяется обращаемостью пациентов в ночное время (от 10 до 25 человек). Помощь оказывается как в экстренном, так и в плановом режимах. Планируемый экономический эффект – 21,6 млн. в год.

Открытие КТ прошло 6 марта 2019 года. Планируемый экономический эффект – 8,5 млн. в год.

Перевод работы детских поликлиник на семидневный режим имеет эффект в 12 млн. рублей за счет выполнения плана профилактических осмотров и ежемесячной премии от ТФОМС.

Заключение. Таким образом, инновационные методы организации работы ПМСП детям позволяют, как повысить качество и доступность медицинской помощи, так и приводят к росту экономической эффективности деятельности ДГКБ.

Раздел 2
АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕКСИМ РИНИТОМ

Агафонова[1,2], Зиатдинова Н.В.[1], Бареева Л.А[3]
[1]Казанский государственный медицинский университет, Казань
[2]Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии, Казань
[3]Детская республиканская клиническая больница, Казань

Введение. К прогрессированию аллергического ринита (АР) и более тяжелому течению часто приводит изменение состава назального микробиоценоза, что приводит к устойчивости к противоаллергической терапии.

Цель работы: совершенствование методов лечения АР, протекающего в условиях колонизации грибами рода *Candida* в ассоциации *co Staphylococcus aurous* у детей.

Материалы и методы. Обследовано 80 детей с АР, протекающего в условиях колонизации грибами *Candida* и *Staphylococcus aurous* от 3 до 18 лет. Основная группа – 40 детей, получающих в составе комплексной терапии препарат Октенисепт с бактериальной и фунгицидной активностью (орошения слизистой носа 2 раза в день), и иммуномодулятор Полиоксидоний. (сублингвально в возрастной дозе 2 раза в день) 7 дней. Группа сравнения – 40 детей, получающие только противоаллергическую терапию АР. Проводилось культуральное микологическое обследование со слизистой полости носа, риноцитограмма, исследование sIgE, sIgA, IL-4, IL-10 и IFNγ в назальном секрете методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Ремиссия в основной группе у 87,5%, детей достигнута в среднем на 14-й день от начала лечения, (в группе сравнения только у 32,5% – в среднем на 22-й день), $p<0,05$. В основной группе после терапии отмечалось снижение количества эозинофилов в 2,2 раза, а в группе сравнения - в 1,5 раза ($p<0,05$), уровня sIgE – в 1,6 раза, а в группе сравнения – в 1,3 раз ($p<0,05$), содержание IL-4 – в 4,3 раза, а в группе сравнения – в 2,6 раза– ($p<0,05$). В основной группе выявлен рост уровня sIgA в 1,6 раза, а группе сравнения – в 1,3 раза ($p<0,05$) и IFNγ – 1,5 раза,, $p<0,05$, а в группе сравнения – без динамики. Длительность ремиссии в основной группе составила 10,5 мес, а в группе сравнения –4,2 мес. $p<0,05$.

Заключение. Проведенное лечение АР, протекающего с нарушением микробиоценоза, с включением в состав терапии препаратов Октенисепт и Полиокидоний привело к сокращению периода обострения в 1,6 раза, продлениям ремиссии в 2,5 раза на фоне уменьшением активности маркеров атопического типа реагирования: и активации показателей местной противоинфекционной защиты..

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА И ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДИСПЛАЗИЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Белова Ю.С., Гладилин Г.П.
ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов

Введение. При дисплазии соединительной ткани отмечается несостоятельность **иммунной системы, проявляющаяся** как активацией, так и недостаточностью иммунных механизмов.

Цель исследования – изучение состояния гуморального звена иммунитета и цитокинового профиля у детей раннего возраста с дисплазией тазобедренного сустава.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 20 условно здоровых детей (14 мальчиков и 6 девочек) и 49 детей в возрасте от 7 месяцев до 5 лет (17 мальчиков и 32 девочки) с дисплазией тазобедренного сустава, которым выполнялось клиническое (осмотр ребенка и опрос родителей с целью выяснения его анамнеза), инструментальное (УЗИ, рентгенография, МРТ) и лабораторное обследование. Оценивалось состояние гуморального звена иммунитета по содержанию иммуноглобулинов классов Ig A, Ig G, Ig M. Цитокиновый профиль определялся по уровню провоспалительных (ФНО-α, IL-1β, IL-6) и противовоспалительных цитокинов (IL-4, IL-10). Статистически достоверными считались данные при показателе вероятности $p<0,05$.

Результаты. При изучении особенностей изменения гуморального звена иммунитета у детей с дисплазией тазобедренного сустава было обнаружено статистически достоверное повышение содержания Ig A, предохраняющего слизистые оболочки от микроорганизмов, и Ig G, обеспечивающего вторичный иммунный ответ, а также увеличение Ig M, являющегося первой линией защиты от антигенов, по сравнению с условно здоровыми детьми. Исследование цитокинового профиля у данных детей показало статистически достоверное повышение уровня ИЛ-1β. Такая же тенденция наблюдалась и в отношении изменения уровня ФНО-α. Содержание ИЛ-6 статистически достоверно превышало показатели у детей контрольной группы, что связывалось с воспалительной реакцией организма, так как известна роль ИЛ-6 в регуляции острофазовых белков. Имелось статистически достоверное снижение содержания противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4 и ИЛ-10), что подтверждало наличие воспалительного компонента у данной категории детей.

Заключение. Оценка факторов гуморального звена иммунитета и состояния цитокинового профиля позволяет объективно оценить состояние детей с дисплазией тазобедренного сустава и провести соответствующую иммунокоррекцию.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ПОЛИВАЛЕНТНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ В ОБОСНОВАНИИ НАЗНАЧЕНИЯ АМИНОКИСЛОТНЫХ СМЕСЕЙ

Варламов Е.Е., Окунева Т.С., Пампура А.Н.
НИКИ педиатрии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва

Введение. Диетотерапия пациентов с множественной непереносимостью пищевых белков вызывает большие сложности, в данной ситуации средством выбора является назначение аминокислотной смеси. Терапия аминокислотными смесями сопряжена с риском развития тяжелых аллергических реакций на фоне проводимого лечения, а также с существенными экономическими затратами, в связи с чем аминокислотные смеси должны назначаться по определенным показаниям. Цель исследования – установление критериев диагноза множественной непереносимости пищевых белков у детей раннего возраста. Материалы и методы. В исследование включено 69 детей (2,18±0,1 года) атопическим дерматитом и пищевой аллергией. Всем пациентам проводилось аллергологическое обследование, включающее определение специфических IgE иммунофлуоресцентным методом (ImmunoCAP 100 Phadia AB, Швеция) к аллергенам животного происхождения (молоко, яйцо, рыба, говядина, свинина, курица), аллергенам злаков, и аллергенам фруктов и овощей. Результаты. Множественная непереносимость пищевых белков была выявлена у 29 детей. Для данной группы пациентов харктерно тяжелое течение атопического дерматита (p=0,008), высокие уровни специфических IgE к белкам коровьего молока (p=0,004), аллергенам куриного яйца (p=0,01), говядины (p=0,02) и свинины (p=0,002), достоверно чаще встречалась сенсибилизация к аллергенам злаков и овощей/фруктов (p=0,0001), сочетанная сенсибилизация к аллергенам животного происхождения и аллергенам злаков (p=0,00001), сочетанная сенсибилизация к аллергенам животного происхождения и растительным аллергенам (p=0,00001) по сравнению с больными без множественной непереносимости пищевых белков. Заключение. Для детей с множественной непереносимостью пищевых белков характерно тяжелое течение атопического дерматита, уровни специфических IgE к аллергенам коровьего молока, куриного яйца, говядины, свинины, наличие сенсибилизации к аллергенам злаков, фруктов и овощей. Наличие данных признаков может служить основанием для рассмотрения вопроса о длительном назначении аминокислотной смеси.

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РЕЦЕПТОРОВ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Галанина А.В.[1], Иллек Я.Ю.[2], Федяева Е.А.[2], Рыбакова Т.Н.[2]
[1]ГБУЗ «Центр медицинской профилактики», Москва
[2]ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет», Киров

Введение. Кожа детей с атопическим дерматитом (АтД) склонна к вторичному инфицированию. Как правило, представителем микробной флоры, присутствующим в очагах поражения является стафилококк, продуцирующий ряд эндо- и экзотоксинов и участвующий в развитии неспецифического иммунного ответа. Немаловажное значение имеет наличие на мембранах клеток иммунной системы рецепторов врожденного иммунитета (TLR), которые распознают молекулярные структуры клеточных стенок микроорганизмов.

Цель. Изучить микробный пейзаж в очагах воспаления и особенности иммунного реагирования у детей с АтД в период обострения и ремиссии заболевания.

Материал и методы. Проведено обследование 67 детей в возрасте 5-10 лет с АтД средней степени тяжести, у которых проводилась идентификация стафилококка, определялось содержание анти-αстафилолизина в сыворотке крови, экспрессия и плотность TLR-2 и TLR-6 на мононуклеарах и гранулоцитах.

Результаты. У детей с АтД 95% случаев отмечалась обсемененность кожи различными штаммами стафилококка (72% – S. aureus; 17% – S. aureus + S. epidermidis; 11% – S. aureus + S. saprofites). В сыворотке крови отмечено повышение уровня анти-α-стафилолизина (2,87±0,41 Ме/мл) в ответ на микробную инфекцию. Изучение экспрессии TLR 2 и 6-го классов выявило особенности иммунного реагирования на лиганды микроорганизмов. В периоде обострения заболевания отмечено повышение плотности экспрессии TLR 2 на лимфоцитах (2,58±0,31 пл.,у.ед.), существенных изменений экспрессии TLR 2 на моноцитах и нейтрофилах, а также экспрессии TLR 6 на лимфоцитах, моноцитах и нейтрофилах не зафиксировано. В период клинической ремиссии выявлено повышение плотности экспрессии TLR 2 на лимфоцитах (2,34±0,34 пл.,у.ед.), повышение плотности экспрессии TLR 6 на моноцитах (2,44±0,44 пл.,у.ед.) и нейтрофилах (2,20±0,12 пл.,у.ед.), увеличение относительного количества нейтрофилов, экспрессирующих TLR 6 (0,19±0,03%).

Заключение. При АтД отмечается отклонение в регуляции иммунных процессов на клеточно-молекулярном уровне, что может приводить к нарушению адекватного антимикробного ответа.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К АТОПИЧЕСКОМУ ДЕРМАТИТУ НА ОСНОВАНИИ ИЗУЧЕНИЯ АНТИГЕНОВ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ

Галанина А.В.[1], Иллек Я.Ю.[2], Суслова Е.В.[2], Рыбакова Т.Н.[2], Федяева Е.А.[2]
[1]ГБУЗ «Центр медицинской профилактики», Москва
[2]ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет», Киров

Введение. Развитие атопического дерматита (АтД) формируется под воздействием как генетических, так и средовых факторов. Ассоциация заболевания с определенными антигенами системы HLA показывает относительный риск его возникновения.

Цель. Изучить особенности распределения антигенов гистосовместимости (HLA-АГ) у детей с АтД разных возрастных групп.

Материал и методы. Проведено обследование 128 детей в возрасте 8 месяцев – 15 лет с АтД, у которых проводилось серологическое типирование по антигенам HLA I класса и молекулярное типирование методом полимеразной цепной реакции HLA антигенов II класса.

Результаты. У детей с младенческой формой АтД выявлена высокая частота встречаемости HLA-АГ I класса A1, B17, B18 и HLA-АГ II класса DRBI*04, представительство которых в тканях ассоциировалось с повышением относительного риска развития заболевания в 2,5–4,3 раза (RR=2,5–4,3). При детской форме АтД регистрировалась высокая частота встречаемости HLA-АГ I класса B15 и HLA-АГ II класса DRB1*13 и DQB1*0602–8, связанная с повышением относительного риска развития заболевания в 3,1–4,6 раза (RR=3,1–4,6). В то же время представительство в тканях HLA-АГ II класса DRB1*07, DRB1*11 и DRB1*0303 ассоциировалось у детей указанной возрастной группы с определенной резистентностью к развитию АтД (RR=0,2–0,3). При подростковой форме отмечалась высокая частота встречаемости HLA-АГ I класса B15, B16, B17, высокая частота встречаемости HLA-АГ II класса DRB1*13 и DQB1*0602–8, что ассоциировалось с повышением относительного риска развития заболевания в 3,1–5,3 раза (RR=3,1–5,3). Однако представительство в тканях HLA-АГ I класса B12 и HLA-АГ II класса DRB1*11 и DQB1*0303 ассоциировалось у подростков с определенной резистентностью к развитию АтД (RR=0,1–0,3).

Заключение. У детей разных возрастных групп, страдающих АтД, выявлена ассоциативная связь с разными антигенами главного комплекса гистосовместимости, что позволило выделить иммуногенетические маркеры заболевания для пациентов разных возрастных групп.

ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИШТАММОВОГО ПРОБИОТИКА В МОДУЛЯЦИИ ИММУННОГО ОТВЕТА У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Ларькова И.А., Мухортых В.А., Ревякина В.А., Ворожко И.А., Джуссоева Е.В.
ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии пищи», Москва

Введение: В литературе обсуждается возможность влияния пробиотиков на течение пищевой аллергии (ПА) через модуляцию иммунного ответа.

Методы:192 пациента в возрасте от 3 мес до 3 лет с гастроинтестинальными и кожными проявлениями ПА были включены в открытое рандомизированное сравнительное исследование, при этом 122 пациента вошли в основную группу, а 70 – в контрольную. В течение месячного вводного периода все пациенты получали общепринятую терапию и диету. Далее детям основной группы в терапию добавляли мультиштаммовый пробиотик, в состав которого входят 7 пробиотических штаммов(Lactobacillus casei, Lactobacillus rhamnosus,Streptococcus thermophilus, Lactobacillus acidophilus, Bifidobacterium breve, Bifidobacterium infantis, Bifidobacterium longum в титре 10*9), а также фруктоолигосахариды из инулина, в то время как дети контрольной группы продолжали получать исходную терапию и диету. Исходно и на фоне лечения у пациентов проводился контроль клинических показателей, уровней секреторного иммуноглобулина А (sIgA), эозинофильного нейротоксина (fEDN) и кальпротектина в кале, а также микробиологических показателей.

Результаты: После месяца лечения у всех детей основной группы было отмечено более значимое улучшение гастроинтестинальных и кожных проявлений ПА по сравнению с детьми контрольной группы. Исходно дети обеих групп имели снижение показателей sIgA, высокий уровень fEDN при нормальных показателях кальпротектина. Лечение мультиштаммовым пробиотиком способствовало достоверному повышению sIgA и снижению fEDN у больных основной группы, что статистически коррелировало с клиническим улучшением. У всех больных обеих групп до начала лечения были выявлены нарушения микробного пейзажа кишечника в виде преобладания условно-патогенной флоры (S.aureus, Enterobacter, Citrobacter, Klebsiella, Proteus, грибов рода Candida) и сниженного уровня индигенной флоры (бифидобактерии, лактобактерии, E.coli). К концу первого месяца лечения мультиштаммовым пробиотиком наблюдалось статистически значимое увеличение количества бифидобактерий, лактобактерий и эшерихий у детей основной группы.

Выводы:Мультиштаммовый пробиотик может влиять на аллергическое воспаление у детей с пищевой аллергией, что способствует повышению эффективности терапии.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА У ДЕТЕЙ С ВИРУСИНДУЦИРОВАННЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.

Локшина Э.Э., Снитко С.Ю., Зайцева О.В.
ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва

В последние несколько десятилетий отмечается увеличение количества детей, страдающих бронхиальной астмой (БА). При этом самыми частыми триггерами астмы являются респираторные вирусы.

Цель: оценить показатели врожденного иммунитета у детей с вирусиндуцированной бронхиальной астмой (ВИБА).

Материалы и методы. Нами были обследованы 34 ребенка с ВИБА и 10 детей без соматических и инфекционных заболеваний. План обследования включал оценку степени экспрессии Toll-подобных рецепторов (TLR-2, TLR-4) на CD14+ моноцитах периферической крови (МПК), в т.ч. относительной интенсивности флуоресценции (ОИФ) рецепторов на выбранной популяции клеток методом проточной цитофлуориметрии.

Результаты. Сравнительный анализ ОИФ экспрессии TLR2 на CD14+ моноцитах периферической крови у пациентов с ВИБА на фоне вирусной инфекции ив отсутствии респираторной инфекции (9,01(7,77–11,6)) и (8,6(7,36–9,6)) достоверных различий между группами не выявил (p=0,86). Однако было обнаружено, что интенсивность экспрессии TLR2 на CD14+ МПК в группе пациентов с ВИБА (9,01 (7,77–11,6)) на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ) была достоверно выше (6,59(6,2–7,35), чем в группе здоровых детей (p<0,05). Та же тенденция ОИФ TLR2 на CD14+ МПК наблюдалась в группе пациентов с ВИБА без ОРИ (8,6(7,36–9,6)) при сравнении со здоровыми детьми (6,59(6,2–7,35) (p<0,05). Определение интенсивности экспресии TLR4 на CD14+ моноцитах периферической крови в группе пациентов с ВИБА на фоне ОРИ (2,17(1,09; 2,71)) и в отсутствии респираторной инфекции достоверных отличий не установило (1,9(1,5; 2,3)). Однако у детей с ВИБА на фоне ОРИ относительная интенсивность флуоресценции TLR4 на CD14+ в МНК периферической крови (2,17(1,09; 2,71)) была достоверно выше по сравнению со здоровыми детьми (1,58(1,25; 1,68)) (p<0,05). Аналогично и в группе детей с ВИБА без ОРИ ОИФ TLR4 на CD14+ МПК (1,9(1,5; 2,3)) был статистически выше, чем у здоровых детей (1,58(1,25; 1,68)).

Выводы. Выявленные изменения свидетельствуют об отсутствии функционального резерва врожденного иммунитета у детей с вирусиндуцированной БА.

ФАКТОРЫ РИСКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ

Маланичева Т.Г.. Файзуллина Е.В., Сердинская И.Н.
Казанский государственный медицинский университет, Казань

Введение. Отмечается рост заболеваемости осложненными формами атопического дерматита (АД) у детей, что приводит к резистентности к противоаллергической терапии.

Цель работы: изучить степень влияния и силу вклада факторов риска, действующих в различные периоды жизни в формировании АД, осложненного грибковой инфекцией.

Материалы и методы Изучены факторы риска в формировании осложненных форм АД грибковой инфекцией у 85 детей. Для этого проводилось заполнение анкеты, включающей сведения о 70 факторах риска. Использовался Байесовский подход, в основе которого лежит представление о пропорциональности вероятности развития заболевания вероятности фактора риска.

Результаты. Из антенатальных факторов на развитие осложненного течения АД влияние оказывают: применение беременной антибиотиков (r=0,26; p<0,05) и обострение кандидозного вульвовагинита (r=0,52; p<0,001). Из неонатальных факторов: применение антибиотиков у новорожденных (r=0,26; p<0,05); наличие у новорожденных кандидозного стоматита (r=0,39; p<0,001). Среди алиментарных факторов играют роль непереносимость кисломолочных продуктов (r=0,25; p<0,05). Среди микроэкологических факторов: проживание в старых домах (r=0,32; p<0,01), сырых помещениях (r=0,28; p<0,05) и наличие плесени (r=0,26; p<0,05). Среди профессиональных вредностей: работа матери с грибами (r=0,27; p<0,05) и контакты с антибиотиками во время беременности (r=0,26; p<0,05). Важное место в развитии микотической инфекции занимает нерациональная терапия АД и других заболеваний у ребенка: частое применение антибиотиков (r=0,38; p<0,01), а также длительное (r=0,42; p<0,01) и частое использование топических кортикостероидов (r=0,40; p<0,001). Изучение суммарного вклада комплекса факторов показало, что наибольший вклад дают факторы семейной отягощенности (22 %), в том числе дерматомикозы у матери, онихомикозы у родителей ребенка и хронический кандидозный вульвовагинит у матери; а также микроэкологические факторы (19%), нерациональная терапия АД и других заболеваний у ребенка (17,5 %) и антенатальные факторы (12,5%).

Заключение. Полученные данные целесообразно использовать для разработки профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости осложненными формами АД грибковой инфекцией у детей.

МЕТОД ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЭОЗИНОФИЛОВ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Минина Е.Е., Солянникова Д.Р., Тестов Р.М.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Цитологическая диагностика аллергического ринита имеет ряд сложностей в связи с высокой лабильностью клеточных показателей и отсутствием корреляции с клинической картиной. Данные проблемы могут быть решены путем качественной оценки клеточной морфологии.

Цель работы – выявить морфологические особенности эозинофилов назального секрета у пациентов с различной степенью выраженности симптомов аллергического ринита.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 35 детей в возрасте от 6 до 17 лет с установленным диагнозом аллергический ринит. Всем пациентам проводилось цитологическое исследование назального секрета. Морфологическое описание эозинофилов включало в себя оценку размеров ядра, подсчет ядерно-цитоплазматического отношения (ЯЦО), оценку интенсивности окраски цитоплазмы.

Результаты. В ходе обследования выделено три группы эозинофилов. В первую группу вошли эозинофилы с ЯЦО менее 0,5, сегментарное строение ядра не визуализируется, окраска цитоплазмы от 1 до 3 баллов. Появление данных клеток отмечено преимущественно в группе пациентов, охарактеризовавших свои жалобы как «слабо выраженные» и в среднем их количество составило 20,7±7,9% от общего числа клеток.

Во вторую группу вошли эозинофилы с ЯЦО от 0,5 до 0,75, имеющие четкое сегментарное строение ядра и с окраской цитоплазмы от 4 до 6 баллов. Количество данных клеток в среднем составило 73,5±7,7% от общего числа эозинофилов, вне зависимости от выраженности клинической картины в 100% случаев.

В третью группу вошли эозинофилы с ЯЦО более 0,75, с окраской цитоплазмы от 7 до 9 баллов. Отмечено появление более 20% эозинофилов данной группы в риноцитограмме пациентов с выраженными клиническими проявлениями в 100% случаев.

Выводы. Выявлена зависимость между выраженностью клинической картины и появлением эозинофилов различных групп. Так, для клинических проявлений, оцениваемых на 7 и более баллов характерно появление в РЦГ более 20% интенсивно окрашенных эозинофилов, в тоже время для слабовыраженной клинической картины характерно преобладание фракций слабо- и среднеокрашенных эозинофилов. Определение преобладающего морфологического варианта эозинофилов может использоваться в клинической практике и носить прогностический характер.

АНАЛИЗ СТУКТУРЫ НАЗНАЧЕНИЙ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ, В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Пономарева О.В., Ляпунова Е.В., Чагаева Н.В.
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров

Введение. Актуальность исследования обусловлена не только высокой распространенностью аллергического ринита (АР) в структуре аллергических заболеваний, но и его предиктивным значением в отношении развития бронхиальной астмы, а также влиянием на качество жизни больного ребенка. В настоящее время в лечении АР достаточно активно применяются антигистаминные препараты (АГП).

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры назначений АГП у пациентов, страдающих АР, врачами – педиатрами в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Была проведена экспертиза фармакотерапии 85 пациентов (47 % – девочки, 53 % – мальчики) 3–16 лет, страдающих АР. Сочетанную аллергическую патологию имела большая часть больных: 14 % – бронхиальную астму, 24 % – атопический дерматит, 18 % – пищевую сенсибилизацию, 12 % – поллиноз. При этом симптомы аллергического риноконъюнктивита регистрировались у трети пациентов.

Результаты. Среднее количество лекарственных средств, полученных больными за курс терапии, составило 3,3 ± 0,12. АГП назначались 87 % пациентов с АР. Внутрь препараты были рекомендованы 92 % больных, при этом препарат для местного применения получали лишь 8 % пациентов. АГП второго поколения назначались в 85,8 % случаев. Среди них в 47,2 % случаев был рекомендован цетиризин, в 11,4 % – лоратадин, дезлоратадин и левоцетиризин в 11,6% и 29,8 % случаев соответственно. АГП первого поколения назначались лишь 10,3 % пациентов (хлоропирамин (68 %) и диметинден (32 %)) в качестве средства борьбы с кожным зудом при сочетании АР с атопическим дерматитом и рекомендовались только при обострении последнего короткими курсами (не более 3 дней) на ночь.

Заключение. Таким образом, назначаемая в амбулаторных условиях врачами – педиатрами фармакотерапия, в целом, соответствует имеющимся международным рекомендациям по лечению больных, страдающих АР. При этом в структуре назначения АГП преобладают препараты второго поколения, почти не обладающие седативным действием.

НАУЧНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Почивалов А.В.[1], Погорелова Е.И.[2], Хомутова Л.Н.[3], Панина О.А.[4], Шульга М.А.[5]

[1,2,4] ФГБОУ ВО ВГМУ имени Н.Н. Бурденко, Воронеж
[3]Детская поликлиника № 9, Воронеж
[5]БУЗ ВО ОДКБ №1, Воронеж

Введение. Атопический дерматит (АД) относиться к заболеваниям детского возраста, которое резко ухудшает качество жизни детей и их родителей, приводит к развитию депрессивных расстройств, которые, в свою очередь, отрицательно влияют на качество проводимой терапии.

Цель. Изучение выраженности депрессивных тенденций у родителей детей, больных АД.

Методы. Был проведен анализ историй развития 87 детей, больных АД средней и тяжелой степени тяжести. Для изучения психологических особенностей родителей детей с АД, выявления депрессивных тенденций был использован тест Бека.

Результаты. В первые 2 месяца заболевания, практически у всех отсутствует депрессия 77(87,7%) или выражена в легкой степени – у 7 родителей (6,8%). При длительности заболевания от 2 до 6 месяцев число лиц с легкой депрессией практически не изменилось 6 (7,1%), но появились лица, имеющие депрессию средней тяжести 10 (11,4%), их количество превышает количество лиц с легкой депрессией. Количество лиц, не имеющих депрессию, несколько уменьшилось 71(81,5%). При длительности течения АД от 6 месяцев до 1 года, число лиц, не имеющих депрессию, еще более уменьшилось 67 (76,8%). Но кратно увеличилось количество, имеющих депрессию легкой степени 13 (15,7%). Лица, имеющие депрессию средней тяжести, отсутствуют в этот период заболевания. Однако впервые появились родители, детей больных АД с тяжелой депрессией 7 (7,6%). При длительности более 3 лет несколько уменьшается число лиц с депрессией легкой степени, остальные показатели достоверно не отличаются от показателей с длительностью заболевания от 1 года до 3. Таким образом, наиболее существенные изменения происходят в период от 6 месяцев до года. Их появление можно объяснить переходом заболевания в хроническую форму. В рамках депрессивных расстройств наблюдается игнорирование назначений, а дисциплина лечения при этом страдает.

Заключение. Реабилитация больных детей с АД и их семей является очень важной медицинской и социальной проблемой. Для повышения эффективности терапии, повышения уровня ответственности родителей при выполнении назначений врачей, необходимо проводить коррекцию депрессивных расстройств. Для этого целесообразно в курс реабилитационных мероприятий включать консультацию психиатра или медицинского психолога для родителей детей, больных АД начиная с длительности заболевания два месяца.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ КРАПИВНИЦЫ СРЕДИ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.

Рыбакова О.Г., Болдина А.Д., Теплова А.В.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. В настоящее время по всему миру отмечается рост распространенности аллергических заболеваний, в том числе и крапивницы. Среди населения не уделяется должного внимания возникающим симптомам крапивницы, которая может предшествовать развитию жизнеугрожающих аллергических состояний, таких как отек Квинке и анафилактический шок.

Цель. Изучить распространенность симптомов крапивницы и ее клинико-этиологические особенности у обучающихся старших курсов медицинского университета.

Материалы и методы. Исследование организовано по типу поперечного среза. Метод выборки – сплошной (обучающиеся IV курса ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России г. Челябинск). В исследовании приняло участие 516 человек. На всех обучающихся была заполнена разработанная нами персональная анкета.

Результаты. Из 516 человек 259 (50,2%) ответили положительно на вопрос о наличии симптомов крапивницы в анамнезе. Анализ продолжительности симптомов крапивницы выявил, что у 216 человек (83,4%) отмечалось острое течение крапивницы, соответственно у 43 опрошенных (16,6%) – хроническое течение крапивницы. Анализ триггерных факторов: 127 человек (49,0%) – употребление в пищу определенных продуктов, 43 человека (16,6%) – прием лекарственных препаратов, 82 опрошенных (31,7%) – укусы насекомых, 72 человека (27,8%) – действие физических факторов, 44 опрошенных (16,9%) – стресс. Отягощенный по крапивнице семейный анамнез был у 83 обучающихся (32,0%). У опрошенных без симптомов крапивницы в анамнезе отягощенный по крапивнице семейный анамнез был у 45 человек (17,5%) (p<0,05). Лекарственные препараты для купирования симптомов крапивницы использует 125 человек (48,3%), из них антигистаминные препараты 1-го поколения использует 41 человек (32,8%), антигистаминные препараты 2-го поколения – 67 человек (53,6%), системные глюкокортикостероиды используют 24 респондента (19,2%). Соблюдают диету 43 человека (16,6%).

Заключение. Распространенность симптомов крапивницы среди обучающихся (50,2%) превышает распространенность крапивницы среди взрослого населения (15–25%), что можно объяснить «необращаемостью» за медицинской помощью и как следствие отсутствие диагноза, статистического учета и адекватного лечения. Самыми распространенными

причинными факторами были пищевой (49,0%), укусы насекомых (32,0%), физические факторы (28,0%). Для купирования симптомов крапивницы 48,3% респондентов использует лекарственные препараты, причем треть из них использует антигистаминные препараты 1 поколения, которых нет в протоколах лечения.

ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДСЕЗОННО-СЕЗОННОЙ АЛЛЕРГЕН – СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ.

Рыбакова О.Г., Мухаметзянова В.Г., Петрунина С.Ю.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Аллерген–специфическая иммунотерапия (АСИТ) является основным патогенетическим методом лечения IgE зависимых аллергических заболеваний. Однако, практически не проводились исследования, в которых бы изучалась динамика лабораторных показателей, определяемых при наблюдении пациентов с респираторной аллергией.

Цель исследования: изучить особенности лабораторных показателей у пациентов с респираторной аллергией во время проведения курсов сублингвальной предсезонно-сезонной АСИТ.

Материалы и методы. В исследование были включены дети (n=25), которым планировалось проведение предсезонно-сезонной сублингвальной АСИТ. Средний возраст 8,4±2,6 года. У всех пациентов была подтверждена сенсибилизация к аллергенам пыльцы березы (определение Betv1 технология **ImmunoCAP**). Перед началом терапии и на фоне курса АСИТ проводился забор анализов: общий анализ крови (ОАК) с определением уровня эозинофилов, цитология назального секрета (НС), уровень общего IgE крови, уровень эозинофильного катионного протеина крови (ЭКП).

Результаты. У большинства наблюдаемых детей клинический эффект наступил на фоне проведения 2 и 3 курса АСИТ (n=18, 72,0%), у 1 пациента даже после 5 курсов клиническое улучшение не наступило. Уровень эозинофилов ОАК (%) перед началом АСИТ был 3,0 [1,0–5,0], на фоне первого курса АСИТ – 3,0 [1,0–6,0], на фоне второго курса АСИТ – 3,0 [2,0–6,0], на фоне третьего курса 2,0 [2,0–3,0]. Таким образом, уровень эозинофилов ОАК в течение 3-х летнего курса предсезонно-сезонной сублингвальной АСИТ не менялся (p>0,05). Уровень эозинофилов НС (%) у пациентов в начале исследования был повышен (≥5%) и составил 10,0 [0,0–32,0], на фоне первого курса АСИТ – 10,0 [5,0–22,0], на фоне второго курса АСИТ – 11,0 [5,0–40,0], на фоне третьего курса – 6,0 [2,0–12,0]. Уровень эозинофилов НС у пациентов на протяжении всех курсов АСИТ оставался выше нормы и статистически значимо не менялся.

Исходный уровень IgE у пациентов был выше нормы (≥100 МЕ/мл) и составил 212,5 [100,0–440,0], уровень ЭКП так же был выше нормы (>24,0 нг/мл) и составил 24,5 [8,64–43,7]. В динамике уровень IgE статистически значимо не изменился, а уровень ЭКП после 3 курса АСИТ стал ниже 13,0 [8,0–27,0] (p<0,05).

Заключение. Анализ динамики цито-иммунологических данных выявил отсутствие каких-либо закономерностей изменения лабораторных показателей на фоне АСИТ терапии, даже на фоне ее клинической эффективности, за исключением уровня ЭКП.

ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИНДИКАТОРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Соболева Е.М., Каладзе Н.Н.
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени в. И. Вернадского»
Медицинская академия имени С.И.Георгиевского, Симферополь, Россия

Введение. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) является потенциально инвалидизирующим заболеванием, в основном по состоянию опорно-двигательного аппарата, при котором имеет место нарушение процессов ремоделирования костной ткани, связанное с иммунными изменениями, лежащими в основе патогенеза заболевания.

Цель исследования – изучить влияние санаторно-курортного лечения на состояние системы RANKL-OPG (остеопротегерин) у больных ЮРА.

Материалы и методы. На базе ГБУ РК «СДиДР «Здравница» г. Евпатория обследовано 50 больных ЮРА. Средний возраст 12,30 + 0,22 лет. Использовался стандартный комплекс санаторно-курортного лечения (СКЛ) продолжительностью 25 дней.

В сыворотке крови (методом ИФА) определяли количественную концентрацию показателей RANKL и OPG.

Результаты. Выявлено, что у больных ЮРА имеют место достоверно (p<0,05) более низкие значения исследуемых параметров. Данный факт свидетельствует о снижении интенсивности процессов ремоделирования костной ткани. Однако, для оценки интенсивности данного процесса имеет значение не только абсолютное значение данных показателей, а, в большей степени, соотношение остеопротегерин/ RANKL. Было установлено, что у здоровых детей данный показатель составил 34,47, в то время, как у больных ЮРА он был достоверно (p<0,05) ниже (27,47), что свидетельствует об усиление костной резорбции при данном заболевании.

Корреляционный анализ выявил у пациентов с ЮРА достоверную прямую корреляционную связь между активностью воспалительного процесса и RANKL (r=0,34; p<0,05).

В процессе санаторно-курортного лечения отмечалась тенденция к росту исследуемых параметров, в основном, за счет OPG, и, как следствие, увеличение соотношения остеопротегерин/ RANKL.

Заключение. Изменения в системе OPG/ RANKL при ювенильном ревматоидном артрите свидетельствуют о нарушении нормального соотношения между процессами резорбции и формирования кости (усиление резорбции костной ткани) и прогрессируют по мере возрастания активности воспалительного процесса. Санаторно-курортное лечение оказывает положительное влияние на исследуемые параметры, однако незначительная выраженность данных изменений диктует необходимость пролонгирования длительности реабилитации и модификации стандартных комплексов санаторно-курортного лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАПРЯЖЕННОСТИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА СРЕДИ РОССИЙСКИХ И ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ.

Сутовская Д.В., Бурлуцкая А.В., Дубова Л.В., Коробкина О.Г., Чебанова И.Г.
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар.

Введение. Вакцинация – наиболее эффективное средство профилактики многих инфекционных заболеваний. Некачественно проведенные мероприятия по вакцинации – активный фактор риска возникновения и распространения вакциноуправляемых инфекций.

Цель. Оценить и провести сравнительный анализ напряженности поствакцинального иммунитета среди российских и иностранных студентов в г. Краснодар.

Материалы и методы. Обследовано 72 иностранных студента (Иордания – 15, Палестина – 14, Сирия – 11, Туркменистан – 16, Таджикистан – 16) и 36 российских, на напряженность иммунитета путем определения АТ к HBsAg, Rubella virus IgG (к краснухе), Measles virus IgG (к вирусу кори), Mumps virus IgG (к вирусу эпидемического паротита), IgG к столбнячному анатоксину, IgG к дифтерийному анатоксину. Все студенты имели прививочный анамнез и не болели данными инфекциями.

Результаты. Среди иностранных студентов отрицательный результат на наличие анти-HBsAg выявлен у 5 (33,3%) студентов из Иордании, 11 (78,6%) из Палестины, 2 (12,5%) из Туркменистана. Отрицательный результат Ig G к кори установлен у 11 (73,3%) студентов из Иордании, 11 (78,5%) из Палестины. Отсутствие поствакцинального иммунитета к Mumps virus IgG имело место у 7 (46,6%) студентов из Иордании, 10 (71,4%) из Палестины. Не имели защитных титров против краснухи – 3 (21,4%) студента из Палестины и 2 (12,5%) из Таджикистана. Защищенность против столбняка и дифтерии 100% у всех студентов. Протективный уровень защитных антител к гепатиту В, дифтерии и столбняку выявлен у всех российских студентов. Вместе с тем, отсутствие достаточной напряженности поствакцинального иммунитета к кори установлен у 7 (19,4%) российских студентов, к эпидемическому паротиту – у 6 (16,6%), к краснухе – у 6 (16,6%).

Заключение. Таким образом, показатели достаточной иммунологической защищенности имели все российские студенты ко всем исследуемым инфекциям. Напротив, среди студентов других стран иммунологическая защищенность выявлена только к дифтерии и столбняку. В связи с этим, необходимо обследовать студентов-иностранцев на напряженность поствакцинального иммунитета и проводить ревакцинацию в соответствии с результатами серологического анализа для достижения поствакцинального иммунитета.

АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕГО РИНОКОНЪЮКТИВИТА У ДЕТЕЙ

Токарев А.Н., Попова И.В., Беляков В.А.
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров

Введение. Актуальность исследования связана с высокой распространенностью аллергического риноконъюнктивита у детей.

Цель исследования – оценить терапевтический эффект монтелукаста на основные симптомы аллергического интермиттирующего риноконъюктивита у детей.

Материалы и методы. В исследование были включены 22 ребенка в возрасте от 6 до 12 лет (1 группа) с диагнозом аллергический риноконъюктивит. Вторую группу составили 24 пациента с впервые выявленной сенсибилизацией к пыльце деревьев. До включения в исследование родители больных давали информированное согласие. Клинический эффект оценивали на основании динамики средней суммы симптомов по шкале TNSS (Total Nasal Symptom Score – Общая шкала назальных симптомов). Симптомы ринита (заложенность носа, чихание, ринорея, зуд) оценивали с помощью 4-уровневой шкалы со значением от 0 до 3 (0 – отсутствие, 1 – слабовыраженный, 2 – умеренный, 3 – тяжелый). Период наблюдения составил 4 недели. Дети 1 группы получали монтелукаст в дозе 5 мг 1 раз в сутки, в одно и тоже время в течение курса

лечения. Пациентам второй группы проводили курс ирригационной терапии полости носа физиологическим раствором.

Результаты. У всех больных имелась сенсибилизация к пыльцевым аллергенам. Средний балл основных симптомов на 0 визите в 1 группе составил 8,1, во второй группе – 8,9. У детей 1 группы на первом визите в 80% случаев наблюдали достоверное снижение средней суммы симптомов до 4,75 баллов. Проявления ринита характеризовались легкими проявлениями ринореи, редкими чиханиями и легкой заложенностью носа. У большинства пациентов нормализовались сон, умственная и физическая активность. К концу наблюдения у детей 1 группы средняя сумма симптомов составляла 1,94 балла. У детей 2 группы как при первом, так и при втором визитах достоверного снижения средней суммы симптомов на фоне проводимой ирригационной терапии не наблюдали.

Заключение. Таким образом, применение монтелукаста в течение 4 недель позволяет снять основные симптомы у больных с аллергическим риноконъюктивитом, что дает основание использовать его в качестве основного средства в лечении этого заболевания у детей.

МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ

Ушакова С.А., Халидуллина О.Ю., Марина О.Д., Баштакова Е.А., Лукьянова В.Н., Фомичева Н.С., Горохова Н.Е., Крамаренко В.В., Близнякова Е.В.
ГБУЗ ТО «ОКБ №1», ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

Введение. Остаются открытыми вопросы долгосрочной оценки безопасности проводимой терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) у детей с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА) в связи с ограниченными данными.

Цель исследования. Дать оценку у детей с ЮИА безопасность проводимой терапии ГИБП по частоте развития нежелательных, в т.ч. серьезных, явлений.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ данных регионального регистра 50 пациентов в возрасте от 1–17 лет с диагнозом ЮИА, получавших ГИБП в ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1» в детском отделении №1 и детской консультативной поликлинике, в период 2012–2018 г.г.

Результаты. По данным регионального регистра длительность терапии (представлены медиана и межквартильный размах Me Q1;Q3) этанерцептом составила 3,58[2,25;4,5] лет/74,6 пациентов-лет, адалимумабом 2,08[1,75;3,68] лет/33,3 пациентов-лет, тоцилизумабом 2,5[1,5;3,7] лет/28,9 пациентов-лет и абатацептом 2,4[1,04;4,5] лет/15,8 пациентов-лет. Среди нежелательных явлений при лечении ГИБП преобладали нетяжелые респираторные инфекции верхних дыхательных путей и инфекции ЛОР-органов, в большей степени у детей до 2-х летнего возраста. Тяжелые нежелательные явления инфекционного генеза редки и представлены при лечении ингибиторами TNF α (этанерцепт, адалимумаб) пневмонией (1 случай) и пиелонефритом (1 случай), потребовавших госпитализации и назначения в/в антибактериальных препаратов; при лечении тоцилизумабом – целлюлитом (1 случай), туберкулезом внутригрудных лимфоузлов (1 случай). Из других серьезных нежелательных явлений – 1 случай развития увеита de novo при лечении этанерцептом. Чрезвычайно актуален мониторинг туберкулезной инфекции как перед началом антицитокиновой терапии, так и в динамике, учитывая большой процент тубинфицированных детей. Эти дети остаются в особой группе риска и требуют тщательного контроля педиатра, ревматолога и фтизиатра.

Заключение. В регионе растет число детей с ЮИА, получающих ГИБП. За 2017–2018 г.г. сократилось время принятия решения об инициации лечения ГИБП, что соответствует максимальному использованию стратегии «окна возможностей» у пациентов с ЮИА.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ ВРОЖДЕННОГО И АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРЫХ ГЕМАТОГЕННЫХ ОСТЕОМИЕЛИТАХ.

Чуксина Ю.Ю., Хмелевская А.Н.
ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Введение: Гематогенный остеомиелит остается одним из самых распространенных видов хирургической инфекции детского возраста и представляет собой очень сложную медико-социальную проблему. В иммунопатогенезе остеомиелита у детей, вызванных золотистым стафилококком, обсуждается неоднозначная роль Toll-like-рецепторов (TLRs), в частности, TLR-2 и TLR-4.

Цель: Оценить состояние основных факторов врожденного и адаптивного клеточного иммунитета у детей с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО).

Материалы и методы: 20 детей (от 3 до 15 лет) с ОГО были разделены на 2 группы:1 – с наличием роста золотистого стафилококка из раневой поверхности и 2- без выделения возбудителя. Иммунофенотипирование T-reg. клеток (CD4+CD25hiCD127-) и анализ экспрессии TLRs (CD282 и CD284) на гранулоцитах и моноцитах проводились методом 4-цветной проточной цитометрии (“Becton Dickinson”, США). В качестве референсных значений

использованы показатели 20 практически здоровых детей аналогичного возраста.

Результаты: Высокий уровень экспрессии TLR-2 на гранулоцитах и моноцитах периферической крови (ПК) был отмечен в 100% наблюдений в 2-х группах больных детей, независимо от данных бактериологического анализа, но в группе пациентов без роста стафилококка выявлен значительно (p<0,05) более высокий уровень экспрессии TLR-2 на гранулоцитах ПК по сравнению с донорами. Экспрессия TLR-2 на моноцитах не отличалась от нормальных значений в обеих исследуемых группах. У детей 1 группы по сравнению со 2 выявлен значительно (p<0,05) более высокий уровень экспрессии TLR-4 на нейтрофилах ПК, хотя по сравнению с донорами данный показатель в обеих группах пациентов был достоверно снижен (p<0,05) (p<0,01) соответственно. Экспрессия TLR-4 на моноцитах ПК в обеих группах пациентов была значительно снижена по сравнению с донорами (p<0,005).Уровень T-reg лимфоцитов у пациентов 1 группы был в 2 раза ниже, чем у пациентов 2 группы, но достоверное (p<0,001) его снижение было получено у пациентов только по сравнению с контролем.

Заключение: При ОГО у детей, вызванном золотистым стафилококком, экспрессия TLR-2 и -4 на гранулоцитах и моноцитах ПК может иметь патогенетическое значение.

Сниженная экспрессия TLR-4 у больных коррелирует с резким снижением числа T-reg и низкой функциональной активностью Т-лимфоцитов.

Раздел 3
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

РОЛЬ ПОЛА, ВОЗРАСТА И СЕЗОНА В ФОРМИРОВАНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОМ РЕГИОНЕ

Вязовая И.В., Каширская Е.И.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Астрахань

Введение. По результатам Всероссийской диспансеризации, болезни органов пищеварения занимают второе место в структуре детской заболеваемости. Неблагоприятная экологическая обстановка, доступность быстрого питания, нарушение режима приема пищи, стрессы – нередко приводят к формированию хронической патологии.

Цель исследования – изучить частоту обращаемости по поводу язвенной болезни желудка (ЯБЖ) детей в зависимости от пола, возраста и времени года.

Материалы и методы. Нами проанализировано 108 историй болезни детей в возрасте от 10 до 17 лет с ЯБЖ в отделении гастроэтерологии ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой».

Результаты. Наибольшая обращаемость отмечалась в возрасте 13 – 16 лет не зависимо от гендерной принадлежности, что подтверждает сведения об увеличении патологии ЖКТ с возрастом. Обострение ЯБЖ фиксировалось без четких сезонных разграничений. Впервые выявленные язвы желудка по нашим данным чаще приходилось на летние месяцы (30%). При выявлении факторов наследственной предрасположенности установлено, что чаще у родственников детей с ЯБЖ имели место воспалительные заболевания ЖКТ, по линии отца (31%), по линии матери (25,4%), у остальных пациентов оба родителя страдали гастропатологией. Все пациенты обследовались на Helicobacter pylori (HP), положительный результат имел место у 78,2% детей. На первый план при ЯБЖ выступало вовлечение в процесс вегетативной нервной системы (46%). Дисфункция кишечника, характеризующаяся наличием синдрома вторичной мальабсорбции (39%). Из диспептических изменений наиболее часто развивались тошнота (61%), изжога (52,7%) и отрыжка кислым (47%). Боли чаще имели распирающий (32,2%) и схваткообразный (26,7%) характер, что скорее всего связано с нарушением моторики в тонком кишечнике.

Заключение. Таким образом, сезонность заболеваний утрачивается при ЯБЖ, что может быть связано с проведением эрадикационной терапии, согласно международным и национальным рекомендациям. Выявляемая зависимость формирования хронических заболеваний, ассоциированных с HP от пола, возраста и времени года указывает на роль состояния макроорганизма ребенка в их генезе.

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА

Дмитрачков В.В.[1], Юшко В.Д.[1], Дмитрачкова О.В.[2]
[1]Белорусский государственный медицинский университет,
[2]Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям, Минск, Беларусь

Цель: выявить значимые и часто встречающиеся коморбидные состояния (КоС) у детей и подростков с язвой желудка (ЯЖ).

Материал и методы. Группа наблюдения (ГрН) – 23 ребенка с ЯЖ (1–18 лет): 13 мальчиков (56,5%) и 10 девочек (43,5%), находившихся в 4-й ДКБ г. Минска в 2008–2017гг; 17 человек (73,9%) с обострением ЯБ, 6 – с впервые выявленной ЯЖ (26,1%). У 8,7% ЯЖ с осложнениями (прободение, кровотечение). Проведен анализ клинико-анамнестических данных, в т.ч. фоновых заболеваний, анкетирование, осмотр, анализ амбулаторных и медицинских карт.

Результаты. У 69,6% детей отягощена наследственность (из них по патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – 69,6%). У 34,8% – осложнен аллергоанамнез. КоС имели все дети ГрН. У 95,7% обнаружена патология ЖКТ. Из них: верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ – хр. гастрит, хр. гастродуоденит, в т.ч. эрозивный) обнаружена у 82,6% пациентов, в 65,2% – HP+; ГЭРБ (27,3%), дуодено-гастральный рефлюкс (22,7%), недостаточность кардии (9,1%). Дисфункциональные расстройства билиарного тракта – 9,1% детей. Аллергозаболевания диагностированы у 13% пациентов (бронхиальная астма, атопический дерматит, поллиноз, острая крапивница и холодовая аллергия по 1 пациенту). Вазомоторный ринит у 8,7% детей. Патология сердечно-сосудистой системы – у 17,4% (миокардиодистрофии, у 1 ребенка артериальная гипертензия). У 8,7% – СВД по смешанному типу. Экзогенно-конституциональное ожирение I-II ст. у 17,4% детей. В 13% случаев – хронические очаги инфекции (ХрОИ) (хр. тонзиллит, аденоиды I-II ст., хр. синусит). 73,9% пациентов имели 2 и более КоС. Синдром нарушения ритма и проводимости (НСРП) – у 73,9%, чаще – номотопные нарушения – 52,9% случаев. У 69,6% – внешние (ВнП) и висцеральные признаки (ВиП) недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ): ВнП – 30,4%, ВиП – 75%, ВнП+ВиП – 31,3%. ВиП: в 81,3% – малые аномалии развития (МАР) сердца, 43,8% – МАР почек и мочевыводящих путей, у 25% – МАР ЖКТ.

Выводы. У детей с ЯЖ КоС встречаются часто, преобладают: патология ЖКТ (преимущественно ВОПТ), номотопные НСРП, большинство имеет признаки ДСТ, что иногда затрудняет подбор базисной терапии. Курация детей с ЯЖ требует междисциплинарного подхода и взаимодействия между врачами разных специальностей.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЯЗВ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Дмитрачков В.В.[1], Дмитрачкова О.В.[2], Юшко В.Д.[1]
[1]Белорусский государственный медицинский университет,
[2]Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям, Минск, Беларусь

Цель: выявить некоторые эпидемиологические особенности, а также наиболее часто встречающуюся локализацию язвенного дефекта у детей и подростков, страдающих язвой желудка (ЯЖ).

Материал и методы. Группа наблюдения (ГрН) представлена детьми и подростками с ЯЖ в фазе обострения, в возрасте от 1 до 18 лет – 23 человека: 13 мальчиков (56,5%) и 10 девочек (43,5%), находившихся на обследовании и лечении в гастроотделении УЗ «4-я ДКБ г. Минска» в 2008–2017гг. Проведено: фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), анализ клинико-анамнестических данных, анкетирование, анализ амбулаторных и медицинских карт.

Результаты. Среди пациентов с ЯБЖ чаще встречались дети и подростки в старшем школьном возрасте – 91,3% случаев (21 пациент, (p<0,001)), а младшего школьного и дошкольного по 4,3% соответственно. Из них: 17 человек (73,9%) находились в стационаре с обострением ЯБ, а 6 детей – с впервые выявленной ЯЖ (26,1%). В 65,2% случаев было выявлено НР+. У 21 ребенка (91,3%) отмечался болевой абдоминальный синдром (БАС), а у 1 пациента с впервые выявленной ЯЖ БАС отсутствовал, язва у этого ребенка была обнаружена при ФГДС исследовании – «немая язва»). У 8,7% детей ГрН ЯЖ протекала с осложнениями (прободение язвы, кровотечение).

В ГрН язва чаще локализовалась в антральном отделе желудка – у 14 человек (60,9%). В теле желудка язвенный дефект был обнаружен при проведении ФГДС у 5 пациентов (21,7%), а в 17,4% случаев – в препилорическом отделе желудка (4 ребенка). Причем при расположении язвенного дефекта в антральном отделе в 35,7% случаев выявлялись множественные язвы (у 5 детей), а у 1 пациента была обнаружена язва 4х5см. У 8,7% детей ЯЖ сочеталась с язвой двенадцатиперстной кишки (ЯДПК).

Выводы. Достоверно чаще ЯЖ болеют дети в старшем школьном возрасте. Несколько чаще болеют мальчики. Язва желудка чаще локализуется в антральном отделе, почти в трети случаев диагностируются множественные язвенные дефекты, иногда сочетается с ЯДПК. При рецидивирующем течении уже в детском и подростковом возрасте возможно развитие осложнений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРАХ У ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМ ДЕФИЦИТОМ.

Капустин А.В., Хавхун Л.А., Дубровская Т.В., Кириллова В.П., Назарова Н.Ф.
НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е.Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва.

Введение. Двигательный дефицит у детей инвалидов «колясочников» обусловлен тяжестью основного неврологического заболевания и нередко способствует формированию функциональных запоров (ФЗ). Эти нарушения характерны для больных с детским церебральным параличом, с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы. . Цель исследования. Оценить возможности рефлексотерапии при функциональных запорах у детей инвалидов при неврологических заболеваниях с двигательным дефицитом. Материал и методы. Под наблюдением находился 121 ребенок (54 мальчика, 67 девочек) в возрасте от 1 года до 14 лет. Нарушения в двигательной сфере стали отмечаться в интервале от 6 месяцев до 5 лет. В соответствии с Римскими критериями IV функциональный запор выявлен у 102 детей (84%). Из них 59% больных беспокоила задержка дефекации до 3 раз в неделю и реже, 74% – затруднение акта дефекации, 80% – длительное натуживание. Фрагментированный стул имели 56% детей. Жалобы на боли в животе предъявляли 60% больных старшего возраста (в подвздошной области справа и слева, в области пупка или по всему животу). У большинства детей болевой синдром был периодическим, у каждого четвертого ребенка отмечались и схваткообразные боли. Часто боли сопровождались диспептическими явлениями: снижение аппетита, отрыжка, метеоризм. Всем детям проводили рефлексотерапию для лечения основного заболевания. Использовали фармакопунктуру и точечный массаж точек акупунктуры на ушной раковине ребенка. Курс состоял из 5–8 процедур. Рецептура точек акупунктуры составлялась с учетом воздействия и на моторику желудочно-кишечного тракта. Результаты. После использования рефлексотерапии улучшение состояния у детей с ФЗ отмечалось на 5–7 день: нормализовались характер и частота стула, уменьшалась интенсивность, частота и периодичность приступов болевого абдоминального синдрома, урежались или устранялись диспептические проявления (отрыжка, метеоризм). Заключение. Представляется целесообразным использование методов рефлексотерапии для устранения ФЗ в комплексе лечебных мероприятий у детей инвалидов при неврологических заболеваниях с двигательным дефицитом.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ОНКОПЕДИАТРИИ

Картушина А.А.[1], Штырь Ю.В.[1], Румянцев А.А.[2], Колесникова О.И.[1], Суворова Л.С.[2], Доронина М.В.[2]
[1]ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России,
[2]КГБУЗ "АККЦОМД", Барнаул

Введение: Онкологические заболевания у детей занимают одно из главных мест в патологии детского возраста. Применение интенсивных протоколов химиотерапии – причина многочисленных негативных влияний на нутритивный статус пациента. В отличие от детально структурированных протоколов химиотерапии, мониторинг и коррекция питания онкологических больных не имеет четко очерченных показаний, отработанных организационных форм и порой сводится к посиндромному подходу.

Цель исследования: установить причины нарушений нутритивного статуса и возможности их коррекции.

Материалы и методы: под наблюдением находились 62 ребенка, с морфологически верифицированным диагнозом злокачественного новообразования, получающих программную химиотерапию в онкологическом отделении для детей.

Результаты: Из 62 больных – 25 человек (41%) имели клинические осложнения и патологию желудочно-кишечного тракта на фоне полихимиотерапии. Так у 15 детей, было отмечено изменение/снижение/отсутствие аппетита. У семерых детей выявлены признаки секреторной энтеропатии, у девяти детей – признаки токсического гепатита на фоне полихимиотерапии. У данных пациентов отмечены психосоциальные нарушения пищевого поведения, обусловленные сменой обстановки, рациона, режима питания, необходимость проведения диагностических манипуляций. Дети имели фактическую массу тела меньше, чем долженствующая масса тела в среднем на 15%. Все пациенты нуждались в коррекции нутритивного статуса, в дополнительных факторах питания, не смотря на то, что рацион питания в отделении полностью перекрывал суточную калорийную потребность (потребность детей составляла в среднем 2020 ккал в сутки, а калорийность меню на один день – 2491 ккал в сутки). Все эти дети получали дополнительный источник питания, в виде обогащенных смесей (смеси Нутридринк, Нутризон, Фортикер). На фоне дополнительной коррекции питания у пациентов отмечалось улучшение пищевого поведения, восстановление аппетита, повышение массы тела.

Заключение: Все пациенты, получающие полихимиотерапию, имели нарушения нутритивного статуса средней степени тяжести, для коррекции которого необходимо использовать дополнительные источники микронутриентов в виде энтерального питания. Адекватная коррекция нутритивной недостаточности снижает частоту осложнений, улучшает процессы активного лечения, физический и психоэмоциональный статус пациента.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кибирова А.И., Кирилочев О.К., Козин А.И.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России,
Астрахань

Введение. Новорожденные с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении характеризуются наиболее высоким риском по развитию инфекционных заболеваний, связанных с функциональной незрелостью иммунной системы и формируют до 75% заболеваемости и смертности. Изучение особенностей органных поражений при цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) у этих пациентов необходимо для более эффективного оказания медицинской помощи и повышения качества жизни.

Цель исследования – оценка характера поражения гепатобилиарной системы при ЦМВИ у детей с ОНМТ и ЭНМТ.

Материалы и методы. Под наблюдением находился 21 новорожденный ребенок с ЦМВИ. В исследуемой группе проводилась клиническая, биохимическая и ультразвуковая (УЗИ) оценка состояния гепатобиарной системы.

Результаты. Наиболее частым симптомом поражения печени при ЦМВИ была гепатоспленомегалия (33,3%), которая определялась у каждого третьего ребенка клинически и по данным УЗИ. При биохимическом исследовании функционального состояния гепатобилиарной системы у 16 пациентов (76%) было выявлено нарушение белково-синтетической функции печени (гипопротеинемия, гипоальбуминемия). У 10 пациентов (47,6%) выявлялись маркеры цитолиза (повышение уровня трансаминаз). В 6 случаях (28,5%) определялись признаки внутрипеченочного холестаза (увеличение прямой фракции билирубина и реактивные изменения желчного пузыря по данным УЗИ).

Заключение. Клиническими особенностями поражения гепатобилиарной системы при ЦМВИ у детей с ОНМТ и ЭНМТ является увеличение печени и селезенки. Ведущим биохимическим критерием в оценке функционального состояния печени является нарушение белково-синтетической функции (76%) и цитолитический синдром (47,6%).

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Киричек Е.Ю., Выходцева Г.И.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Барнаул.

В исследовании включены 61 ребенок с диагнозом острая кишечная инфекция (ОКИ), осложненная токсикозом с эксикозом, в возрасте от 2 месяцев до 5 лет (средний возраст 16 [10,0;28,0] месяцев). Из ни них группу до года составили 25 (41%) детей, от 1 года до 3 лет – 25 (41%) детей, от 3 до 5 лет – 11 (18%) детей. Пациенты поступали в стационар на 2,7 [2,0;8,0] день болезни.

Сравнительный анализ основных клинических проявлений осложненных ОКИ по возрастным группам показал, что у детей в группах до 1 года и с 1 года до 3 лет выявлена достоверно большая длительность лихорадочного периода и диарейного синдрома. Так, продолжительность периода лихорадки у детей в возрастных группах до года и с 1 года до 3 лет составила соответственно 2,8 ± 0,3 и 3,05±0,4 дней (U_{1-3}=29,5; U_{2-3}= 29,0; p<0,05), продолжительность диареи 4,2 ± 0,5 и 3,6±0,5 дней соответственно (U_{1-3}=58; U=51,5$_{2-3}$; p<0,05). В возрастной группе с 1 года до 3 лет в сравнении с группой детей с 3 до 5 лет выявлена достоверно большая кратность рвоты, которая составила 3,9±0,6 эпизодов в сутки (U_{2-3}= 7,5; p<0,01).

Этиология ОКИ была установлена у всех включенных в исследование детей. В этиологической структуре инфекционных диарей у детей раннего возраста преобладали вирусы (в виде моно- и микст-инфекций – 77%). В виде моновирусной инфекции осложненная ОКИ протекала у 33 (54%) детей. В случае микст-инфекции вирусы сочетались с различными представителями условно-патогенной флоры у 14 (23%) детей. ОКИ бактериальной этиологии зарегистрирована у 14 (23%) детей.

Анализ основных клинических симптомов осложненной ОКИ у детей в зависимости от этиологической структуры показал, что у при ОКИ вирусной этиологии в сравнении с ОКИ бактериальной этиологии выявлена достоверно большая кратность рвоты, которая составила 5,0[3,0;10,0] эпизодов в сутки (U_{1-2}= 126,5; p<0,01). Продолжительность госпитализации при осложненных ОКИ вирусной этиологии составила 2,0[1,0;3,0] дней и была достоверно дольше, чем при ОКИ бактериальной этиологии (U_{1-2}= 133,0; p<0,05) и при кишечных вирусно-бактериальных микст-инфекциях (U_{1-3}= 99,0; p<0,01).

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Киршина Э.И.[1], Камалова А.А.[1], Сафина Э.Р.[1], Низамова Р.А.[2], Зайнетдинова М.Ш.[2], Хадиева Г.М.[2]
[1]ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань
[2]ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница», Казань

Введение. Дети с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) часто имеют расстройства пищевого статуса, связанные как со сниженным потреблением пищи, так и с повышенной потерей питательных веществ с калом и синдромом мальабсорбции. В педиатрической практике эта проблема особенно актуальна, так как питание является не только одним из важных факторов, определяющих адекватность течения воспалительного ответа и адаптационно-компенсаторных процессов, но также играет ключевую роль в процессах роста и развития ребенка.

Цель исследования: оценить антропометрические показатели и компонентный состав тела у детей с ВЗК.

Материалы и методы исследования. Мы оценили антропометрию и состав тела у 60 детей (22 девочки и 38 мальчиков) в возрасте от 4 до 17 лет с ВЗК (ЯК-25 (42%), БК-17 (28%) и 18 (30%) – недифференцированное ВЗК) за период 2012 – май 2019 гг. Для оценки нутритивного статуса были использованы программа ВОЗ AnthroPlus и метод биоэлектрического импеданса (BIA).

Результаты. По данным антропометрии 36 (60%) детей имели белково-энергетическую недостаточность (БЭН) (ЯК – 23 (92%), БК – 13 (77%), p <0,05), 9 (25%) детей – легкую БЭН (ЯК – 2 (8%), БК – 7 (41%)), 20 (56%) – умеренную БЭН (ЯК – 12 (48%), БК – 8 (47%)) и 7 (19%) имели тяжелую БЭН (ЯК – 5 (20%), БК – 2 (12%)). У 4 (7%) детей был обнаружен избыточный вес (ЯК – 3 (12%), БК – 1 (6%)). По данным BIA 50 (89%) детей имели нарушенный состав тела (ЯК – 24 (96%), БК – 15 (88%)). Активная клеточная масса была снижена у 31 (52%) ребенка (ЯК – 18 (72%), БК – 13 (77%)). Увеличение массовой доли жира было обнаружено у 30 (14%) детей с дефицитом веса (ЯК – 18 (72%), БК – 12 (71%)). Более низкие значения фазового угла выявлены при ЯК у 18 детей (72%), при БК -у 10 (59%), p <0,05, что может указывать на низкий уровень функциональных способностей и обострение заболевания.

Заключение. Согласно нашим предварительным данным, расстройства пищевого статуса были выявлены у большинства детей с ВЗК, которые проявлялись не только в форме дефицита веса и задержки роста, но также изменениями компонентного состава тела. Наши результаты требуют более детального изучения состояния питания детей с ВЗК для целенаправленной коррекции питания.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОГО ТРАКТА И МИКРОБИОЦИНОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.

Малеева Н.П., Попова Л.В., Дмитриева М.К., Кацова Г.Б.
ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России, Оренбург

Введение. В настоящее время ожирение является актуальной проблемой у детей, так как отмечается омоложение и учащение этой патологии, наличие таких ранних осложнений как гипертоническая болезнь, гипотелямический синдром, сахарный диабет, миокардиодистрофии. Одной из главных причин возникновения ожирения и его отрицательных последствий является снижение физической активности и нарушение в питании детей.

Цель исследования – изучить функциональное состояние ЖКТ и микробиоциноз кишечника у детей с ожирением.

Материалы и методы. Было обследовано 50 детей с ожирением 1 и 2 степени. Обследование ЖКТ проводилось эндоскопически и расширенная бактериологическое исследование фекалий.

Результаты исследования. Гастрит, гастродуоденит были диагносцированы у 64% детей, язвенная болезнь (2%), реактивные изменения поджелудочной железы у всех обследуемых детей, реактивные изменения печени (78%), патология желчного пузыря преимущественно в виде холестаза (76%), запоры (78%). Исследование микробиоциноза кишечника свидетельствует о нарушении его у 84% детей и характеризуются: снижением общего количества кишечной палочки ниже 300 млн – г у 36%, наличием кишечной палочки со слабо выраженными ферментативными свойствами у 44%, снижением бифидобактерий ниже 10 в 7 степени у 60%, лактобактерий у 30%, наличием патогенной микрофлоры – st. aureus 28%, proteus vulgaris 32%, klebsiella – 20%.

Заключение. У детей с ожирением имеет место высокая частота заболеваний верхних отделов желудочно – кишечного тракта(78%) и дизбиотические изменения кишечника (84%). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости лечения и коррекции имеющихся изменений.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО НЕЙРОТОКСИНА В КАЛЕ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Мухортых В.А., Ларькова И.А., Ревякина В.А., Сенцова Т.Б., Ворожко И.В.
ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии пищи», Москва

Введение. Эозинофильное воспаление является одним из основных механизмов в развитии пищевой аллергии (ПА) у детей. Эозинофилы встречаются при многих аллергических заболеваниях, но их функциональная роль в значительной степени остается неясной. В качестве маркера эозинофильного воспаления рассматривается эозинофильный нейротоксин (EDN) в кале, который высвобождается при взаимодействии IgE с аллергеном, тем самым вызывая дегрануляцию тучных клеток.

Цель исследования – изучение содержания EDN у детей с различными проявлениями пищевой аллергии.

Материалы и методы. В обследование было включено 122 ребенка в возрасте от 3 мес до 3 лет, которые были распределены по клиническим проявлениям ПА: гастроинтестинальные (n=27), кожные (n=48) и сочетанные (кожные и гастроинтестинальные) (n=47). Содержание эозинофильного нейротоксина в копрофильтратах осуществлялась методом ИФА с использованием коммерческих тест-систем «EDN ELISA» Immun diagnostic».

Результаты. Уровень эозинофильного нейротоксина в кале у детей с гастроинтестинальными проявлениями ПА имел значения 1102 (145,7; 3493) нг/г, с сочетанными проявлениями 756,8 (125;2593,4) нг/г, что было достоверно выше, чем у детей с кожными 169,3 (63;451,5) нг/г проявлениями ПА.

Заключение. Таким образом, наиболее часто высокая концентрация эозинофильного нейротоксина регистрировалась в кале у детей с гастроинтестинальными проявлениями ПА – в 74% случаев (20 из 27) и с сочетанными проявлениями – в 61,7% случаев (29 из 47), что косвенно может отражать эозинофильное воспаление.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Недыхалов И.С., Гирш Я.В., Тепляков А.А.
БУ ВО ХМАО-Югры СургГУ, Сургут

Введение. По данным федерального регистра в РФ на окончание 2018 г. на диспансерном учете состояло 26373 детей с СД 1 типа и 9972 подростков. В структуре осложнений диабета у детей поражения желудочно-кишечного тракта остаются менее изученными, в виду не специфичности клинической картины.

Цель исследования – Оценка структуры поражений ЖКТ у детей и подростков с СД 1 типа.

Материалы и методы. Проведен анализ нарушений ЖКТ у пациентов с СД 1 типа. Проанализировано 17 историй болезни с основным диагнозом: сахарный диабет 1 тип за 2019 г., 43 историй болезни за 2018 г. Выборка произведена сплошным методом.

Результаты. Анализ за 2018 г. показал, что 30,23% детей предъявляли жалобы на боли в животе и диспептические явления. При осмотре у 9,3% выявлена

болезненность при пальпации живота, гепатомегалия у 11,63%. Болезнь поджелудочной железы неуточненная диагностирована в 2,33%, функциональная диспепсия в 2,33%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с эзофагитом в 2,33% случаев. В копрограмме, признаки нарушения моторики ЖКТ выявлены в 57,14% случаев (неизмененные мышечные волокна, жирные кислоты, внеклеточный крахмала). Эзофагогастродуоденоскопия проведена в 4,65% случаев, с выявлением ГЭРБ с эзофагитом. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выявило: аномалии желчного пузыря (8,11%), признаки холецистита (5,41%), изменения поджелудочной железы (32,43%), дискинезии желчного пузыря (2,7%), гепатомегалию и изменения печени (40,54%), метеоризм (2,7%). Биопсия слизистой оболочки желудка, взятая у 1 пациента, выявила признаки реактивной гастропатии. Анализ 2019 г.: дискинезии желчного пузыря диагностированы у 11,76%. Жалобы на боли и диспептические явления предъявляли 41,18% детей. Осмотр выявил болезненность при пальпации у 5,88%. Изменения в копрограмме диагностированы в 50% случаев. УЗИ ОБП выявило: изменения поджелудочной железы (47,06%), признаки холецистита в 5,88%, гепатомегалию и изменения печени в 11,76% случаев. Дискинезия желчного пузыря по гипомоторному типу диагностирована у 11,76%.

Заключение. Установлено, что нарушения ЖКТ у детей с СД 1 типа не рассматриваются в качестве возможных осложнений сахарного диабета. Требуются дальнейшие исследования с целью дифференциальной диагностики сопутствующей патологии со стороны ЖКТ и/или проявлений автономной нейропатии.

ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА НА УРОВЕНЬ НЕЙРОНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С HELICOBACTER PYLORI

Панова И.В., Домбаян С.Х.,
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. Нейронспецифическая енолаза (НСЕ) – особый фермент, находящийся во всех клетках APUD-системы, частью которой является желудочно-кишечный тракт. В настоящее время нет данных о роли НСЕ в формировании хронического гастродуоденита (ХГД) в зависимости от фактора половой принадлежности и наличия Helicobacter pylori (НР).

Цель работы: Оценить изменения уровня НСЕ у детей с ХГД в зависимости от гендерного фактора и наличия НР-инфекции.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 73 ребенка 8–15 лет, из них 34 девочки и 35 мальчиков. В I группу вошли 30 детей (18 мальчиков и 12 девочек) с ХГД, ассоциированным с НР. Во II группе – 43 ребенка (21 мальчик и 22 девочки) с ХГД, не ассоциированным с НР. Группу контроля составили 28 детей I-II группы здоровья. Уровень НСЕ в сыворотке крови пациентов определяли методом иммуноферментного анализа наборами фирмы Can Ag Diagnostics (Швеция).

Результаты. Уровень НСЕ у детей I и II групп превышали контрольные значения изучаемого показателя: 10.87 (9.9–12.3) мкг/л; 11.24 (9.95–12.23) мкг/л и 9.79 (8.49–10.90) мкг/л, соответственно, $p \leq 0.01$ Не выявлено значимых различий показателя у детей I группы в сравнении со II группой: 11,2 (10,0–12,2) мкг/л и 10,9 (9,7–12,3) мкг/л соответственно, $p > 0,05$. В группах исследования уровни НСЕ у мальчиков превышали значение показателя у девочек: 12,0 (10,2–12,3) мкг/л и 10,1(9,9–10,6) мкг/л соответственно (I группа), $p < 0,05$; 12,2 (10,9–12,9) мкг/л и 10,4 (9,3–10,8) мкг/л соответственно (II группа), $p < 0,05$. Однако сопоставление значений НСЕ у мальчиков I и II групп также, как и у девочек этих групп, не выявило достоверных различий.

Заключение. Установлено возрастание уровня НСЕ в сыворотке крови у больных с ХГД в сравнении со здоровыми детьми, что указывает на возможное участие этого фактора в сложных механизмах патогенеза этого заболевания. Не выявлена зависимость изменений НСЕ от фактора НР-инфекции. Более высокие показатели НСЕ у мальчиков в сравнении с девочками свидетельствуют о гендерной зависимости изменений НСЕ при ХГД.

МОНИТОРИНГ Т-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «С» КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ.

Полянский А.В., Котова Н.В.
ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России, Краснодар

Введение. Наличие хронического инфекционного процесса является следствием несостоятельности противовирусного ответа и обусловлена развитием синдрома истощения противовирусного звена иммунной системы.

Цель исследования – установление возможности использования динамики субпопуляционного состава Т-лимфоцитов для оценки эффективности проводимой стандартной противовирусной терапии хронического вирусного гепатита «С». Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ комплексного иммунологического обследования 112 подростков (17 – 18 лет) с верифицированным диагнозом ХВГ «С» до начала комбинированной ПВТ

в соответствии с международными стандартами и через 3 месяца после ее начала.

Результаты. По исходному соотношению субпопуляций Т-лимфоцитов (индекс Тх/Тс – ИРИ) больных делили на 3 группы: 1 группа – ИРИ достоверно снижен (у 59 больных (52,6%)); 2 группа – ИРИ достоверно повышен у 23 больных (20,5%); 3 группа – ИРИ соответствует норме у 30 больных (26,9%). Через 3 месяца от начала ПВТ в 1 группе больных повышение ИРИ (≥2,0) было отмечено у 37 больных (63,8%), нормализация у 16 больных (26%), у 6 (10,2%) больных ИРИ остался низким (≤1,5), то есть «синдром истощения противовирусного звена» через 3 месяца ПВТ сменился гиперактивацией, а у части больных произошла нормализация противовирусного ответа, и у 10,2% сохранилась его недостаточность. Во 2 группе нормализация противовирусного ответа произошла у 20 больных (86,9%), ИРИ остался повышенным (≥2,0) в 2 случаях (8,8%), и снизился (≤1,5) у 1 больного (4,3%). Это говорит об аллергической настроенности иммунных реакций. В 3 группе больных ИРИ достоверно возрос (≥2,0) у 13 больных (43,4%), снизился (≤1,5) у 5 больных (16,6%) и остался в пределах нормы у 12 больных (40%). Показатель ИРИ нормальный на фоне имеющегося хронического инфекционного процесса говорит о слабой активации противовирусного ответа. Иммунодефицит при проведении ПВТ компенсируется экзогенным интерфероном.

Заключение. Мониторинг Т-клеточного звена иммунитета пригоден как показатель эффективности проводимой терапии и может учитываться при выборе индивидуальной схемы лечения.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ПОДРОСТКОВ

Сагитова А.С., Ральченко И.В., Тюшнякова О.П., Шаяхметова Л.Ш.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
ФГАОУ ВО НГУ, Новосибирск

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) у подростков остается актуальной проблемой педиатрии, что связано с ростом заболеваемости, полиэтиологичностью, разнообразием клинических проявлений, трудностями диагностики и лечения, высокой частотой рецидивирования и хронизацией.

Цель исследования – изучение частоты встречаемости различных форм ГЭРБ и клинических особенностей их проявлений у подростков.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй развития 315 пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта, из которых 54 подростка в возрасте 13–17 лет были в последующем обследованы и пролечены в условиях стационара с диагнозом ГЭРБ. Использованы общепринятые методы обследования: анамнез, объективный осмотр, лабораторная и инструментальная (ЭГДС, pH-метрия, УЗИ, КИГ) диагностика и анкетирование.

Результаты. Частота встречаемости ГЭРБ в исследуемой группе подростков – 17,1%. Пик заболеваемости приходится на 15–17 лет, чаще болеют мальчики (66,7%). Эндоскопически -негативая форма наблюдалась у 1,8% детей, неэрозивная – у 94,5%, эрозивно-язвенная – в 3,7% случаев. В клинической картине преобладали синдромы: болевой (74,1%) с ретростернальными (11,1%), абдоминальными (46,4%) и смешанными (16,6%) болями; диспепсический (изжога – 53,7%, отрыжка кислым – 31,5%, жжение в горле – 29,6%, горечь во рту по утрам – 53,7%, аэрофагия – 35,2%, икота – 14,8%, рвота – 13%, охриплость голоса по утрам – 16,7%, периодический кашель в ночные часы – 11,1%). Для внеэзофагеальных проявлений были характерны респираторный, отоларингологический, стоматологический синдромы (25,9%). Пониманию этиопатогенетических аспектов формирования и прогрессирования заболевания способствовало выявление соматоформных вегетативных нарушений (78%) с тенденцией к ваготонии в 13–15 лет и симпатикотонии в 16–17 лет; маловыраженных депрессивных расстройств преимущественно астено-тревожного характера (46,3%); особенностей полового развития и нейроэндокринных нарушений (14,8%); недифференцированной дисплазии соединительной ткани с неклассифицируемым фенотипом (5,4%) и повышенной диспластической стигматизацией (14,8%).

Заключение. ГЭРБ достаточно часто втречаемое заболевание в подростковом возрасте. Знание клинических особенностей течения и тригерных факторов прогрессирования заболевания предотвращает рецидивирование и хронизацию процесса.

К ВОПРОСУ О СПЕКТРЕ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Сагитова А.С., Ральченко И.В., Тюшнякова О.П., Шаяхметова Л.Ш.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
ФГАОУ ВО НГУ, Новосибирск

Введение. В структуре патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей отмечается рост заболеваний, сопровождающихся гастроэзофагеальным (ГЭР), дуоденогастральным (ДГР) рефлюксами или их сочетанием. Это связано не только с агрессивным воздействием окружающей среды, но и с современными особенностями микросоциума школьников.

Цель исследования – выявить частоту встречаемости кислотозависимых заболеваний ЖКТ с нарушением моторной функции и причинно-значимые факторы их развития.

Материалы и методы. Проанализированы 296 медицинских карт детей 8–17 лет. Использованы данные анамнестического, клинико-параклинического, инструменального (ФЭГДС, pH-метрия, УЗИ), психовегетативного (кардиоинтервалография, анкетирование) обследований.

Результаты. Заболевания ЖКТ в исследуемой группе были представлены гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ – 16,2%), хроническим гастродуоденитом (ХГД – 58,8%), хроническим гастритом (ХГ – 22,6%), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ – 2,4%). У пациентов с ЯБ, ХГД, ХГ также определялся ГЭР соответственно в 85,7%, 25,7%, 14,9% случаев. При этом кислый рефлюкс регистрировался у 68%, щелочной – у 20,7%, смешанный – у 11,3% обследуемых. ДГР был выявлен у 58,2% детей с ХГ, у 72,4% пациентов с ХГД, у всех обследованных с ЯБ. Сочетанное нарушение моторной функции (ГЭР, ДГР) отмечалось у 20,6% детей. Сопутствующая патология ЖВП и поджелудочной железы воспалительного и дискинетического характера определялась в 61,1% случаев. В анамнезе имелись указания на кишечные инфекции (23%), инфицированность Helicobacter pylori (21,3%), глистные инвазии (61,8%). Синдром вегетативной дистонии сочетанного генеза (ППЦНС, НТ, РОПЦНС, ДГИП, дисгормональные перестройки) диагностировался в 88,9% случаев, синдром дисплазии соединительной ткани – у 19,9% детей, тревожно-депрессивные расстройства – у 75,3% пациентов. Симптоматические проявления болевого абдоминального, диспепсического, психовегетативного синдромов зависели от вида, сочетанности патологии и возраста детей.

Заключение. Знание структуры заболеваний ЖКТ, этиопатогенетических механизмов развития сочетанной патологии и клинических проявлений в разных возрастных группах школьников способствует проведению рациональной терапии, индивидуализации комплексных реабилитационных программ.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ПОДРОСТКОВ

Сагитова А.С., Ральченко И.В., Тюшнякова О.П., Шаяхметова Л.Ш.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
ФГАОУ ВО НГУ, Новосибирск

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) у подростков остается актуальной проблемой педиатрии, что связано с ростом заболеваемости, полиэтиологичностью, разнообразием клинических проявлений, трудностями диагностики и лечения, высокой частотой рецидивирования и хронизацией.

Цель исследования – изучение частоты встречаемости различных форм ГЭРБ и клинических особенностей их проявлений у подростков.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй развития 315 пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта, из которых 54 подростка в возрасте 13–17 лет были в последующем обследованы и пролечены в условиях стационара с диагнозом ГЭРБ. Использованы общепринятые методы обследования: анамнез, объективный осмотр, лабораторная и инструментальная (ЭГДС, pH-метрия, УЗИ, КИГ) диагностика и анкетирование.

Результаты. Частота встречаемости ГЭРБ в исследуемой группе подростков – 17,1%. Пик заболеваемости приходится на 15–17 лет, чаще болеют мальчики (66,7%). Эндоскопически -негативая форма наблюдалась у 1,8% детей, неэрозивная – у 94,5%, эрозивно-язвенная – в 3,7% случаев. В клинической картине преобладали синдромы: болевой (74,1%) с ретростернальными (11,1%), абдоминальными (46,4%) и смешанными (16,6%) болями; диспепсический (изжога – 53,7%, отрыжка кислым – 31,5%, жжение в горле – 29,6%, горечь во рту по утрам – 53,7%, аэрофагия – 35,2%, икота – 14,8%, рвота – 13%, охриплость голоса по утрам – 16,7%, периодический кашель в ночные часы – 11,1%). Для внеэзофагеальных проявлений были характерны респираторный, отоларингологический, стоматологический синдромы (25,9%). Пониманию этиопатогенетических аспектов формирования и прогрессирования заболевания способствовало выявление соматоформных вегетативных нарушений (78%) с тенденцией к ваготонии в 13–15 лет и симпатикотонии в 16–17 лет; маловыраженных депрессивных расстройств преимущественно астено-тревожного характера (46,3%); особенностей полового развития и нейроэндокринных нарушений (14,8%); недифференцированной дисплазии соединительной ткани с неклассифицируемым фенотипом (5,4%) и повышенной диспластической стигматизацией (14,8%).

Заключение. ГЭРБ достаточно часто втречаемое заболевание в подростковом возрасте. Знание клинических особенностей течения и тригерных факторов прогрессирования заболевания предотвращает рецидивирование и хронизацию процесса.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Токарская А.К.[1], Мойсиева Э.Д.[1], Съемщикова Ю.П.[1], Кривицкая Н.С.[2]
[1]ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск
[2]ОГАУЗ ГИМДКБ, Иркутск

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) у детей актуальная проблема не только клиницистов, но и исследователей. Свое-

временная диагностика ГЭРБ, адекватное лечение позволяет снизить частоту хронизации процесса, улучшить прогноз течения заболевания.

Цель исследования – выявление особенности течения ГЭРБ у детей в современных условиях.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезней и осмотр детей, в возрасте от 1 года до 17 лет, пролеченных в педиатрическом отделении ОГАУЗ ГИМДКБ за период 2016–2018 гг.

Результаты. Госпитализировано и пролечено в педиатрическом отделении 8375 детей, из них 202 (2,41%) с ГЭРБ. Достоверных гендерных различий по полу не выявлено, соотношение мальчиков и девочек составило 1:1. Преобладала группа детей в возрасте от 3 до 7 лет (14%). Ведущим синдромом при госпитализации являлся болевой абдоминальный синдром в 40% случаев, 22% отмечалась рвота, 20% – отрыжка с забросом пищи в ротовую полость. Со стороны лабораторных показателей: ОАК, ОАМ, биохимического анализа крови – патологических изменений не выявлено. У 15% детей в копрограмме обнаружены бактерии, 6% – йодофильная флора, являлось косвенным признаком усиленной перистальтики и нарушением микробиоты кишечника. Паразитарных и глистных инвазий не диагностировано. При ФГДС в 70% случаев выявлена патология: 24% – эритематозный гастрит, 22 % – недостаточность привратника и кардии, 24% – дистальный катаральный эзофагит, каждый третий имел нормальную эндоскопическую картину. По результатам биопсии желудка: 11% – хронический антральный гастрит, ассоциированный с Helicobacter pylori. При выполнении ЭГДС выявлены степени ГЭР: I степень – 26 %, II – 31 %, III – 21 %, IV – 7 %. При УЗИ органов брюшной полости у каждого второго ребенка перегиб желчного пузыря, 4% – мезентериальная лимфоаденопатия, 3% – гепатомегалия и метеоризм.

Заключение. Особенностью ГЭРБ является диссоциация клинической и эндоскопической картины, о чем свидетельствует отсутствие достоверных различий в частоте жалоб (боль в животе, отрыжка, рвота) и возрасте их дебюта. Учитывая, имеющиеся схожие симптомы других заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, необходимы определенные подходы в организации профилактики заболевания, соблюдения рекомендаций в питании и здорового образа жизни.

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ.

Царьков М.В., Сафронов Б.Г., Ревчук О.С.

ОБУЗ Ивановской области «ОДКБ», ГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново

Методом сплошной выборки были отобраны 158 больных в возрасте от 5 до 17 лет, лечившихся в детском хирургическом отделении ОБУЗ «Ивановская областная детская клиническая больница» в период с 2010 по 2017 годы по поводу распространенных форм гнойного перитонита аппендикулярного происхождения. у 134 из них удалось по данным анкетирования, анализа амбулаторных карт и опроса произвести оценку течения позднего послеоперационного периода. Изучалось наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта.

В позднем послеоперационном периоде у 52,23% детей была впервые выявлена патология органов желудочно-кишечного тракта. у 7,46% из них диагностирована поздняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость (ПСКН), у 44,77% – заболевания со стороны органов гастродуоденальной зоны (ГДЗ), причем у 34,17% детей в генеалогическом анамнезе не было сведений о наследственной предрасположенности к гастроэнтерологическим заболеваниям. Наиболее часто регистрировали хронический гастродуоденит (ХГД) – у 39,55% пациентов. У 4,47% больных выявлено сочетание ПСКН с хронической воспалительной патологией органов ГДЗ.

У 4,47% пациентов имелись хронические заболевания других органов без сочетания с заболеваниями ГДЗ.

У 46 34,32% детей был впервые выявлен хронический гастродуоденит не ранее чем через год после перенесенной операции.

Дети находились на диспансерном учете и получали лечение в течение длительного времени. Процесс характеризовался нечастыми обострениями и отсутствием прогрессирующего течения. При этом ни у кого из детей данной группы не было клинических признаков спаечной кишечной непроходимости.

Выводы. Примерно у трети детей, перенесших распространенные формы гнойного перитонита аппендикулярного происхождения в позднем послеоперационном периоде, формируется ХГД, при этом у большинства детей отсутствовали указания на семейную предрасположенность к заболеваниям органов желудочно-кишечного тракта.

Значимыми факторами, способствующими развитию хронических воспалительных заболеваний органов ГДЗ у детей, перенесших распространенные формы гнойного перитонита, являются: давность от начала гнойного воспаления в брюшной полости более 48 часов и его распространенность.

Раздел 4
ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК И ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

СТРУКТУРА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Адольф А.В.[1] , Агазаде З.Б.[1], Ованесян С.В.[2], Съемщикова Ю.П.[1]
[1]ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск
[2]ГБУЗ ИГОДКБ, Иркутск

Введение. Онкологические заболевания у детей являются одной из важнейших проблем не только медицины, но и педиатрии в целом. Смертность от злокачественных заболеваний в развитых странах занимает второе место, уступая лишь смертности детей от несчастных случаев.

Цель исследования – изучение структуры онкологической заболеваемости у детей первого года жизни на территории Иркутской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 89 историй болезни за период с 2007 по 2017 гг., госпитализированных в онкологическое отделение ОГБУЗ ИГОДКБ.

Результаты. За десять лет в отделении находилось 7084 пациента на лечении, из них 89 (0,79%) дети первого года жизни. По гендерному признаку достоверных различий не получено, соотношение мальчиков к девочкам 1:1. Выявлена структура онкологической патологии: 80% – солидные опухоли, 16% – гемобластозы, 4% – гистиоцитоз. Из солидных опухолей регистрировалась нейробластома, на долю, которой пришлось 41,5% случаев, что подтверждается данными мировой статистики (заболеваемость нейробластомой составляет 38% всех опухолей у детей до года). Второе место 12,3% – ретинобластома. Согласно мировым данным наследственно обусловленная в 40% случаев. Важно, что только у 1 из 11 пациентов имел место наследственный фактор, в остальных же случаях (91%) ретинобластома была спорадическая. Наиболее частым способом обнаружения объемных образований был метод УЗИ (38%) и диагноз постнатально выставлен у 94,3% детей. Пренатально объемные образования диагностированы у 5,7% детей, в результате проведенного пренатального скринингового ультразвукового исследования. С установленным впервые диагнозом 40,4% детей проживали в Иркутске и Иркутском районе, по 11,2% в г. Ангарске, г. Братске и Братском районе. Всем пациентам была проведена терапия в соответствии с имеющими Российскими протоколами лечения злокачественных новообразований: комбинированный метод – 43,8% детей, химиотерапия – 34,8%.

Заключение. Онкологические заболевания у детей остаются значимой медико-социальной проблемой развитых стран мира, что обусловлено отсутствием онкологической настороженности, как у педиатров, так и врачей других специальностей. Поздняя госпитализация пациентов в специализированные стационары на последних стадиях заболевания, существенно снижает шанс на излечение.

АНТИМИКРОБНЫЙ ПЕПТИД КАТЕЛИЦИДИН LL 37 КАК КРИТЕРИЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.

Ананьева М.А., Чаша Т.В.
ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново

Введение. Респираторная патология у глубоконедоношенных детей является распространенной, что обусловлено морфофункциональной незрелостью дыхательной системы и дефицитом сурфактанта, предрасполагающими к развитию респираторного дистресс-синдрома (РДС). Кроме того, большинство этих младенцев развиваются в условиях внутриутробного инфицирования с высоким риском развития врожденной пневмонии. В настоящее время исследуется роль врожденного иммунитета в защите организма от инфекционно-воспалительных заболеваний. Один из его представителей – антимикробный кателицидин LL 37, который содержится в гранулах нейтрофилов, а также был выделен в эпителии легочной ткани. При развитии инфекционного воспаления в организме уровень данного пептида повышается, что может быть использовано для проведения дифференциального диагноза между инфекционными и неинфекционными дыхательными нарушениями.

Цель исследования. Определить содержание кателицидина LL 37 в фарингеальном аспирате у глубоконедоношенных новорожденных с дыхательными нарушениями.

Материалы и методы: Проведено комплексное обследование 104 детей с гестационным возрастом менее 32 недель, имеющих в неонатальном периоде дыхательные нарушения. Выделены 2 группы наблюдения: I – 36 детей с РДС, II – 68 детей с врожденной пневмонией. Фарингеальные аспираты для исследования забирались в 1 – 2 сутки жизни ребенка. Содержание кателицидина LL 37 определяли методом иммуноферментного анализа. Для статистической обработки использовались методы непараметрической статистики. Уровень статистической значимости различий оценивался по непараметрическому критерию Манна-Уитни.

Результаты. Содержание кателицидина LL 37 в фарингеальном аспирате у детей с врожденной пневмонией было значимо выше, чем у детей с РДС (10,9 и 6,8 нг/мл соответственно; p=0,022). Вероятно, такие различия связаны с активацией местного иммунитета при инфекции и усиленной продукцией кателицидина непосредственно в очаге воспаления, что носит защитный характер.

Заключение. Определение содержания кателицидина LL 37 в фарингеальном аспирате у глубоконедоношенных детей может служить дополнительным

критерием дифференциальной диагностики инфекционных и неинфекционных дыхательных нарушений, что, возможно, позволит улучшить результаты выхаживания этих младенцев.

АНАЛИЗ ТЕХНИКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ

Бушуева Э.В., Смирнова Е.И., Николаева Р.А., Иванова А.В.
ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»

Введение. Грудное вскармливание ребенка является необходимым условием формирования эмоционального и психического здоровья ребенка, физического и нервно-психического развития, высокой устойчивости к инфекциям и другим отрицательным факторам, а также формирует взаимную привязанность между матерью и ребенком.

Цель исследования – анализ вскармливания детей первого полугодия жизни.

Материалы и методы: опрошено 120 женщин, проживающих в городских условиях и имеющих детей в возрасте 6 мес.

Результаты: средний возраст опрошенных матерей (27 лет), 56% со средним специальным образованием. Все дети в родильном доме получали грудное молоко. Однако выяснено, что только 85 (71%) детей приложено к груди в первые 30 минут после рождения. 73% опрошенных отметили, что лактация установилась в первые – вторые сутки после родов. К 1 месяцу на грудном вскармливании находится большинство детей (91%). Далее к 3 месяцам количество детей, находящихся на грудном вскармливании снижается до 86%. В возрасте 6 месяцев на грудном вскармливании остается 77% детей.

Причинами гипогалактии большинство женщин (78%) отметили стрессовые ситуации и 15% отметили отсутствие мотивации к грудному вскармливанию.

Свободное вскармливание в первый месяц жизни отмечают 96% опрошенных женщин, остальные кормили с промежутками 2–2,5 часа между кормлениями (4%). К 3 месяцам жизни 29% отметили, что кормили детей по режиму, 71% продолжали кормить по требованию. В возрасте 6 месяцев уже 80% получают пищу по режиму, однако 20% продолжают кормить детей по требованию.

Отмечено, что при переводе на искусственное вскармливание сроки введения прикормов составляют 3,5–4 мес. Дети, находящиеся на смешанном вскармливании, начинают получать прикормы в возрасте 4–4,5 мес., на грудном вскармливании – 5 мес. Половина опрошенных мам ввела первым прикормом овощное пюре, 43% – кашу, остальные (7%) – фруктовые пюре и соки.

Выводы. Абсолютное большинство детей до 3-месячного возраста получают питание по требованию. Большинство детей (77%) к 6 месяцам получают грудное молоко. Первое снижение частоты грудного вскармливания отмечается в 3 месяца. Основными причинами гипогалактии являются: лактационные кризы, стрессовые ситуации (78%), отсутствие мотивации к грудному вскармливанию (15%).

АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

Бушуева Э.В., Иванова О.Н.. Дианова Т.И.
ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова», Чебоксары

Методы оценки физического развития (ФР) детей должны быть информативны, надежны и доступны в использовании.

Цель исследования – анализ ФР детей школьного возраста, проживающих в городе Чебоксары методами сигмальных отклонений, регрессии, центильным.

Обследовано 187 детей 7–8 лет, проживающих в г. Чебоксары, мальчиков 94 (48,2%) и девочек 93 (51,8%). Оценивали длину и массу тела, обхват грудной клетки, расчет массо-ростовых соотношений. Оценка методом шкал регрессии проводилась с использованием «Стандартов физического развития детей дошкольного и школьного возраста (3–17 лет) г. Чебоксары» 2019 г.

Результат. Среди девочек 69 (74,19%) имели нормальное физическое развитие (I группа), 9,68% девочек имели ухудшенное физическое развитие (II группа – отклонения за счет дефицита массы тела (I степени), 12,9 % девочек были отнесены ко II группе ФР – отклонения за счет избытка массы тела (I степени), 2,15% девочек имели II группу физического развития – отклонения в физическом развитии за счет избытка массы тела (II степени) и один ребенок имел III группу ФР (низкий рост M – 2δ). Среди мальчиков 89,36% имели I группу физического развития, 1 мальчик имел II группу ФР – отклонения за счет дефицита массы тела (I степени), 4,26% мальчиков относятся ко II группе физического развития – I степень за счет избытка массы тела, такое же число мальчиков относится ко II группе физического развития – II степень за счет избытка массы тела, и 1 мальчик имел III группу ФР.

При оценке ФР методом сигмальных отклонений 69,4 % девочек имели среднее ФР, и 73,9% мальчиков соответственно.

77,4% девочек при оценке ФР центильным методом имели средние показатели ФР, 14 % имели низкие показатели ФР, 8,6% – высокие показатели. При оценке центильным методом 80,7% мальчиков имели средние показатели ФР.6,5% – низкие, 12,7% – высокие показатели.

Выводы Изучение антропометрических показателей позволило получить данные, характеризующие особенности физического развития исследуемой популяции детей. Согласно полученным данным, значимых половых отличий по показателям ДТ и МТ среди возрастных групп не выявлено. Метод регрессии удобен в оценке ФР, позволяет дать комплексную оценку физического развития по совокупности признаков в их взаимосвязи, недостаток метода – он не позволяет оценить уровень биологического развития ребенка.

ФАКТОРЫ ДЕЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ

Бушуева Э.В.,. Смирнова Е.И., Иванова О.Н., Курочкина Ю.А.,. Петрова Н.Н., Яковлева Я.В.
ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Чебоксары

Введение. В период от момента зачатия до 2 лет жизни ребенка главным является не только питание, но и режим, образ жизни беременной, кормящей женщины и ребенка.

Цель исследования – изучение факторов риска нарушений ритма жизни детей первого полугодия жизни.

Методом исследования: интервьюирование родителей. Изучали взаимосвязь между родителями и ребенком, течение беременности, питание, режим сна и отдыха беременной и кормящей женщины, развитие и питание ребенка от рождения до 6 месяцев жизни.

Результаты: Беременность в 77% наступила в зарегистрированном браке, 3% – в гражданском браке, в 20% случаев вне брака. Регистрация брака во время беременности в 17% случаев, после рождения зарегистрировали 3% родителей. У 67% женщин беременность была не запланирована. Треть женщин заподозрили беременность на сроке после 9 недель гестации. 3% женщин прошли прегравидарную подготовку, при том, что половина опрошенных женщин имели разные хронические заболевания. Пятая часть во время беременности перенесли ОРЗ, анемию, также гепатоз, гестационный сахарный диабет. Плохие взаимоотношения с отцом ребенка было у 16,7% женщин. В 65,8% случаев были разные длительные стрессы: 50% -на работе, ссоры с отцом ребенка – 27,8%, сессия – 11,1%, у остальных стрессы дома и на работе. У 23% детей было нарушения ритма сна, при этом больше половины детей значительно недосыпали.

Выводы. Факторы риска у детей с нарушением ритма сна: стрессы во время беременности, употребление большого количества сладостей во время беременности, несоблюдение режима дня ребенка. В ходе исследования было выявлено, что на развитие младенческих колик оказывают влияние стрессы женщины во время беременности, недостаточное по времени количество прогулок, малое количество сна. Предпочтения матери во время беременности напрямую влияют на выбор детей в качестве любимых блюд прикорма.

ФАКТОРЫ РИСКА, ПРИВОДЯЩИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Векессер О.А.[1], Кайдаулова К.В.[2], Заикина М.В.[2], Мартынович Н.Н.[2]
[1]ОГБУЗ ИГПЦ, Иркутск
[2]ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск

Введение. Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) является мультифакториальной патологией, в реализации которой важную роль играют как наследственные, так и внешнесредовые факторы.

Цель исследования – определение ведущих факторов, приводящих к возникновению ЗВУР.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 145 историй развития детей с ЗВУР, в кабинете катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией при ОГАУЗ ИГПЦ за 2016 – 2018гг.

Результаты. Средний возраст родителей детей со ЗВУР: мать 28,5 ± 8,4 лет, отец 34,4 ± 9,2 года. Срок гестации 34,5 ± 3,2 недели. В 75% случаев акушерский анамнез не отягощен, у 25% имелся отягощенный акушерский анамнез в виде двух и более абортов (9%), замершей беременности (4%), привычного невынашивания (3%), недоношенных детей в анамнезе (3%), мертворожденных (2%). За время течения беременности выявлены воздействия неблагоприятных факторов: 32% – применяли лекарственные средства различных фармакологических групп (ВИЧ-инфекция – 4%, ОРВИ – 28%), 5% – никотиновая зависимость. 63 % плодов не испытывали воздействия химических факторов. Между группами женщин, имеющих и не имеющих очаги хронической инфекции, достоверных различий не выявлено. Структура инфекционной патологии представлена заболеваниями: герпетическая инфекция (16%), ИПП (13%), ИМВП (8%), инфекция ЛОР (5 %) и ВИЧ + гепатит С (4%). 36 % женщин во время беременности перенесли ОРВИ: 15% в 1-ом триместре, 14% во 2-ом и 6% в 3-ем триместре. 56% женщин не имели соматических заболеваний, 44% состояли на «Д» учете по соматической патологии: анемия легкой и средней степени тяжести – 9% , заболевания ССС – 8%, щитовидной железы – 8%, миопия различной степени – 7%, ожирение 1–3 степени – 5%, патология репродуктивной системы – 5%, дыхательной системы – 2% . В 78% случаев течение беременности осложнялось: угрозой прерывания (25%),

преэклампсией (21%), плацентарными нарушениями (15%), артериальной гипертонией беременных (13%), гестационным пиелонефритом (2%), гестационным сахарным диабетом (2%).

Заключение. К пренатальным факторам риска, приводящим к развитию ЗВУР можно отнести: осложненное течение беременности (78%) и соматическую патологию матери (44%).

УРОВЕНЬ КАЛЬЦИДИОЛА, ИНТЕРЛЕЙКИНА-1В И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Верисокина Н.Е.[1,2], Климов Л.Я.[1], Курьянинова В.А.[1], Железнякова Т.В.[2], Атанесян Р.А.[1]

[1]ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Ставрополь

[2]ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр», Ставрополь

Введение: Известно, что ожирение индуцирует хронический воспалительный процесс, что можно увидеть на примере цитокинового статуса у новорожденных. Наличие у матерей ожирения, неблагоприятно влияет на течение антенатального периода и снижает обеспеченность новорожденных витамином D.

Цель работы: анализ уровня витамина D, интерлейкина-1β (ИЛ-1β) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) в сыворотке крови новорожденных, рожденных от матерей с нарушениями углеводного обмена.

Материалы и методы: проведено лабораторное обследование 97 новорожденных детей: 26 (30,6%) – от женщин с сахарным диабетом (СД) I типа, 17 (20,0%) – от женщин с гестационным сахарным диабетом (ГСД) и 18 (21,2%) – рождены от матерей, у которых ГСД возник на фоне ожирения, предшествовавшего наступлению беременности. Контрольную группу составили 36 (28,2%) новорожденных.

Результаты: в группе новорожденных, появившихся на свет от матерей с СД I типа, доношенными родились 20 (76,9%) детей, недоношенными – 6 (23,1%), крупными (масса тела при рождении более 4000 граммов) – 7 (26,9%) детей.

У женщин, имеющих ГСД, доношенными родились 14 (82,4%) новорожденных, 3 (17,6%) – недоношенными, 9 (52,9%) детей появились на свет крупными.

В группе детей, матери которых имели сочетание ГСД и ожирения, 17 (89,5%) детей родились доношенными, 2 (10,5%) – недоношенными, 6 (31,6%) – крупными.

Показатели контрольной группы: витамин D – 14,0 [8,2–22,1] нг/мл, ИЛ-1β – 5,4 [1,8–27,7] пг/мл, ИЛ-6 – 18,2 [5,1–54,3] пг/мл.

У детей, рожденных от матерей с СД I типа, уровень кальцидиола составил 5,9 [4,0–8,4] нг/мл, что в 2,4 раза меньше, чем в группе контроля (p<0,01), ИЛ-1β – 49,6 [10,8–89,6] пг/мл (p<0,001), ИЛ-6 – 60,5 [38,5–231,3] пг/мл (p<0,001), в сравнении с контрольной группой.

Новорожденные, появившиеся на свет от матерей с ГСД, имели уровень витамина D в 2,3 раза меньше – 6,1 [4,1–9,6] нг/мл (p<0,01), показатели ИЛ-1β и ИЛ-6 были достоверно больше, чем дети от матерей без эндокринной патологии – 41,3 [18,9–85,5] пг/мл (p<0,01) и 89,4 [30,2–114,7] пг/мл (p<0,01) соответственно.

Уровень 25(OH) D у детей от матерей с ГСД на фоне ожирения составил 9,5 [4,0–20,5] нг/мл (p>0,05), ИЛ-1β – 16,6 [12,4–29,2] пг/мл (p<0,001), ИЛ-6 – 82,4 [60,5–90,1] пг/мл (p<0,05), в сравнении с группой контроля.

Заключение: Дети, рожденные от матерей с нарушениями углеводного обмена на фоне эндокринной патологии, имели более низкий уровень витамина D и достоверно более высокие показатели провоспалительных цитокинов (ИЛ-1β и ИЛ-6).

ПОКАЗАТЕЛИ ВИТАМИНА D И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИЕЙ

Верисокина Н.Е.[1,2], Климов Л.Я.[1], Курьянинова В.А.[1], Железнякова Т.В.[2], Алавердян Л.С.[1,2], Петросян М.А.[1]

[1]ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Ставрополь

[2]ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр», Ставрополь

Введение: Диабетическая фетопатия (ДФ) является одной из важнейших причин перинатальных потерь у женщин с эндокринными нарушениями, часто обусловливает метаболические и другие нарушения адаптации новорожденных к внеутробной жизни.

Цель работы: анализ статуса витамина D и провоспалительных цитокинов – интерлейкина-1β (ИЛ-1β) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) в сыворотке крови новорожденных с ДФ.

Материалы и методы: в течение первых трех суток жизни проведено лабораторное обследование 68 новорожденных, 32 (47,1%) ребенка из которых рождены от матерей с эндокринными нарушениями и имели клинические признаки ДФ, 36 (52,9%) новорожденных вошли в контрольную группу.

Результаты: в группе с ДФ 19 (59,4%) детей появились на свет от женщин с сахарным диабетом (СД) I типа, 7 (21,9%) – от женщин с гестационным сахарным диабетом (ГСД) и 6 (18,7%) – от матерей

с ГСД на фоне ожирения; доношенными родились 29 (90,6%) детей, недоношенными – 3 (9,4%).

Масса тела новорожденных с ДФ составила 4050,0 [3445,0–4380,0] граммов, что достоверно больше, чем в группе контроля – 3350,0 [3060,0–3785,0] граммов (p<0,001).

Оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте жизни у таких детей – 7,0 [7,0–7,5] баллов, что меньше, чем в контрольной группе – 8,0 [7,0–8,0] баллов (p>0,05). На 5-ой минуте жизни у детей с ДФ – 8,0 [8,0–9,0] баллов, а в контрольной группе – 9,0 [8,0–9,0] баллов (p>0,05).

У детей с ДФ уровень 25(OH)D – 7,0 [4,4–10,1] нг/мл, что в 2,0 раза ниже, чем в контрольной группе – 14,0 [8,2–22,1] нг/мл (p<0,01), при этом уровень провоспалительных цитокинов был достоверно выше, чем в контрольной группе – ИЛ-1β – 46,1 [13,9–86,6] пг/мл против 5,4 [1,8–27,7] пг/мл (p<0,01), ИЛ-6 – 77,5 [33,6–218,2] пг/мл и 18,2 [5,1–54,3] пг/мл (p<0,01) соответственно.

Тяжелый дефицит витамина D (уровень кальцидиола менее 10 нг/мл) при ДФ и в контрольной группе выявлен у 24 (75%) и 13 (36,1%) новорожденных, дефицит (от 10 до 20 нг/мл) – у 3 (9,4%) и 12 (33,3%), недостаточность – у 2 (6,3%) и 7 (19,4%) соответственно, а нормальная обеспеченность – у 3 (9,4%) и 4 (11,1%).

Заключение: Новорожденные с диабетической фетопатией имели достоверно более низкий уровень витамина D и существенно более высокие показатели ИЛ-1β и ИЛ-6, что может быть неблагоприятным предиктором течения инфекционно-воспалительных заболеваний в неонатальном периоде, требует целенаправленной постнатальной профилактики гиповитаминоза D и дальнейшего наблюдения.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ НОВОРОЖДЕННЫХ, НАХОДИВШИХСЯ НА ЛЕЧЕБНОЙ УПРАВЛЯЕМОЙ ГИПОТЕРМИИ

Гаджиев В.А.[1], Бадмин Д.А.[1] , Мартынович Н.Н.[1] , Бахмат Я.А.[2]
[1]ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск
[2]ОГБУЗ ИГПЦ, Иркутск

Введение. Асфиксия у новорожденных относится к одной из основных проблем перинатальной медицины. Данная патология является ведущей причиной инвалидизации у доношенных детей. Опубликованные на сегодняшний день результаты клинических исследований свидетельствуют о статистически значимом и клинически важном проведение системной лечебной гипотермии у данной группы пациентов.

Цель исследования – изучение перинатального анамнеза новорожденных, находившихся на управляемой лечебной гипотермии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 38 историй болезней детей, рожденных в ОГБУЗ ИГПЦ за период 2015–2018 гг.

Результаты. За 4 года пролечено 2352 детей, из них дети, которые были введены на лечебную гипотермию, составили 1,6 %. Возраст матерей новорожденных представлен следующим образом: 18–23 лет (23,7%), 24–30 лет (39,5%), 30–40 лет (36,8%). В 33,5% случаев беременность протекала без особенностей, УПБ регистрировалась у 18,4% беременных, анемия – 18,4%, СД (15,8%), ОРВИ (13,2%), пиелонефрит (10,5%), преэклампсия (10,5%). При изучении гендерной принадлежности, выяснилось, что в 81,6 % случаев были мальчики и только в 18,4 % – девочки. Причиной асфиксии у данных пациентов явилось обвитие (31,6 %), аспирация (39,6 %), преэклампсия (7,9 %), гестационный СД (13,2%). У детей регистрировалась сопутствующая патология в виде анемии (31,6%), пневмонии (39,4%), неонатальной желтухи (18,4 %), кандидоза (13,1 %), судорог новорожденного (60,3 %), сердечной недостаточности (39,4 %), ВПС (18,4 %), нарушения ритма (18,4 %), ишемии миокарда (39,4 %), кефалогематомы (15,8 %), распределительного шока (10,5 %). Так же у этих детей 10,5 % случаев наблюдалось ретикулярное кровоизлияние сетчатки, 36,8 % гипоксия сетчатки и у 52,6 % детей органы зрения без патологии.

Заключение. Причиной гипоксически-ишемического поражения ЦНС явилось обвитие пуповины и аспирация меконием. Среди сопутствующей патологии регистрировалась анемия, пневмония, сердечная недостаточность и судорожный синдром

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ВЫЯВЛЕНИИ АДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Докучаева С.Ю., Токарев А.Н., Попова И.В., Беляков В.А.
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров

Введение. Изучение показателей регуляции сердечного ритма является актуальным в связи с необходимостью ранней диагностики адаптационных нарушений у детей.

Цель исследования – изучение показателей регуляции сердечного ритма в выявлении адаптационных нарушений у детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 75 детей раннего возраста. дети были распределены на группы: I – с удовлетворительной адаптацией к условиям окружающей среды, достаточными функциональными возможностями организма (индекс напряжения (ИН) = 50 – 90 у.е.); II – с состоянием напряжения адаптационных механизмов, сниженными функциональными возможностями организма (ИН = 90 – 160 у.е.); III – с неудовлетворительным состоянием адаптационных механизмов, истоще-

нием функциональных возможностей организма (ИН > 160 у.е.).

Результаты. Значительное количество детей (72 %) имели нарушения адаптации, которые в 21,6 % случаев выражались в ее напряжении, а в 50,4 % случаев – в неудовлетворительном состоянии. При анализе показателя моды, характеризующего активность гуморального канала регуляции ритма сердца установлено, что у детей раннего возраста он колебался от 425 до 725 мсек. Показатель амплитуды моды у детей раннего возраста колебался в пределах от 21 до 94 %. У детей до 2 лет он был ниже, чем у детей более старшего возраста. С ухудшением адаптационных возможностей он повышался. С возрастом происходило снижение значений сигмы. Вариационный размах с возрастом уменьшался. Напряжение сердечного ритма и вегетативный показатель ритма значительно увеличивались у детей с неудовлетворительной адаптацией. Нарушение адаптации в раннем детском возрасте в подавляющем большинстве (92,6 %) случаев сопровождаются клиническими проявлениями вегетативной дисфункции.

Заключение. Выявлено, что напряжение адаптации характеризуется достоверным увеличением амплитуды моды, индекса напряжения, снижением сигмы и вариационного размаха, а неудовлетворительная адаптация – достоверным увеличением частоты сердечных сокращений, амплитуды моды, напряжения сердечного ритма, индекса напряжения, снижением сигмы, дисперсии и вариационного размаха.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В ГРУППАХ С НЕОНАТАЛЬНЫМ СКРИНИНГОМ И БЕЗ НЕГО

Донников М.Ю., Сацук Н.А., Мещеряков В.В.
Сургутский государственный университет, Сургут
Окружная клиническая детская больница (ОКДБ), Нижневартовск

Введение. Внедрение неонатального скрининга обеспечивает более раннюю диагностику муковисцидоза (МВ).

Цель. Оценить клиническую эффективность внедрения неонатального скрининга на МВ у детей.

Материалы и методы. В одномоментное ретроспективное исследование включены данные 48-ми детей окружного (ХМАО-Югра) регистра МВ с 2012 по 2018 г.г. Оценивались динамика среднего возраста пациентов, в группах без скрининга (1-я группа) и со скринингом (2-я группа) сравнивались средний возраст постановки диагноза. Для оценки клинических различий в 1-й и 2-й группах и исключения влияния длительности болезни на исследуемые показатели выбраны сопоставимые по возрасту подгруппы (1а и 2а) исходя из следующих отправных точек: начало скрининга в 2006 г., начало ведения регистра 2012 г., последние данные регистра 2018 г. Для формирования максимальных по численности и сопоставимых по возрасту подгруппы 1а взяты данные пациентов из регистра 2012 г. 2000 – 2006 г.г. рождения (n=11), подгруппы 2а – из регистра 2018 года 2007–2013 г.г. рождения (n=16). Статистическая обработка проведена методами Манна-Уитни и углового преобразования Фишера. Выборки представлялись как Me(Q1-Q3).

Результаты. С 2012 по 2018 г.г. средний возраст пациентов возрос с 6,25 (3,11–15,08) до 9,19 (5,19–13,97) лет (p<0,01) за счет увеличения удельного веса пациентов старше 14 лет. Удельный вес пациентов со скринингом вырос с 31,8% в 2012 до в 61,4% 2018 г. Средний возраст постановки диагноза в 1-й группе составил 5,90 (0,79–7,56), во 2-й – 0,28 (0,14–1,25) лет (p<0,01). Средний возраст детей подгруппы 1а составил 8(6,5–10), 2а – 8(6,8–9) лет (p>0,05). В подгруппе 1а удельный вес мутации F508del составил 90,9%, в т.ч. в компаунде – в 9,10%; аналогичные показатели в подгруппе 2а составили 87,5% и 6,25% (p>0,05). Удельный вес детей с дисгармоничным развитием за счет дефицита массы тела в подгруппе 1а составил 45,5%, 2а – 12,5% (p<0,05). Хроническая и интермиттирующая колонизация Ps. Aeruginosa в подгруппе 1а отмечалась в 36,4% случаев, в 2а – в 18,8% (p<0,05).

Заключение. Внедрение неонатального скрининга сопровождалось улучшением результативности лечения за счет более ранней диагностики заболевания и своевременного начала его терапии.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТЯЖЕЛЫМИ АНЕМИЯМИ У ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Доронина М.В.[1], Румянцев А.А.[1], Колесникова О.В.[2]
[1]КГБУЗ «АККЦОМД», Барнаул; [2]ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул

Введение: анемия у детей раннего возраста имеет важное социальное значение, поскольку приводит к нарушению обмена веществ и физического и интеллектуального развития. Частота анемии обусловлена высокой чувствительностью органов кроветворения к неблагоприятным воздействиям извне, наряду с анатомо-физиологической незрелостью ребенка. По данным разных исследователей от 83 до 90% всех анемий составляют железодефицитные. Высокий процент ЖДА приводит к «шаблонным» действиям педиатра, в результате своевременная диагностика других видов тяжелых анемий запаздывает.

Цель исследования: изучить структуру и анамнез заболеваемости тяжелыми анемии детей до 1 года, находящееся в онкологическом отделении для детей КГБУЗ «АККЦОМД».

Материалы и методы: в период с 2014 по 2018 годы на базе отделения онкологического для детей было пролечено 24 ребенка в возрасте до 1 года.

Результаты: у детей Алтайского края заболеваемость анемиями различного генеза составила – в среднем 13323 в год, из них анемии младенческого возраста – 2057 в год. В отделении госпитализировались дети с тяжелыми анемиями, требующие верификации диагноза и лечения в специализированном отделении. В структуре заболеваемости тяжелыми анемиями: гемолитические анемии (аутоиммунные, микросфероцитарные) – 3 детей (12,5%); апластические (гипоапластические, анемия Блекфана-Даймонда) – 4 детей (16,7%); дефицитные – 12 детей (50%), из них ЖДА – 33%; витаминодефицитная -17%; вторичные (на фоне выявленных ЦМВИ, ВИЧ – инфекций) – 5 детей (20,8%). При этом, 15 детей (94%) с отсутствием ферродефицита имели предлеченность, при неэффективности ферротерапии, в том числе и парэнтеральной, назначались фолиевая кислота, витамин В12, эритропоэтин, заместительные трансфузии эритроцитов при этом отсутствовала надлежащая диагностика и обоснованность назначения лечения.

Заключение: анализ структуры и предшествующего диагностике анамнеза показал, что большую часть анемий младенческого возраста составляет ЖДА, преимущественно алиментарный дефицит и отсутствие профилактики. При постановке диагноза анемии не выполняются клиническим рекомендациям по профилю гематология, что приводит к поздней диагностики, неоправданной предлеченности тяжелых анемий не связанных с дефицитом железа.

ОЦЕНКА СООТВЕТСТВИЯ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НАЦИОНАЛЬНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ

Елкина Т.Н., Суровикина Е.А., Иноземцева Е.В., Шуваева Т.А.
ФГБОУ ВО НГМУ МЗ России, Новосибирск

Введение. Питание детей раннего возраста имеет первостепенное значение для правильного роста и развития детей. Цель исследования – изучение фактических рационов детей раннего возраста и их соответствие национальным рекомендациям. Материалы и методы. По разработанному опроснику проанкетированы 65 родителей здоровых детей в возрасте 12–36 месяцев. Результаты. Средний возраст детей составил 1,9(+0,3) месяцев. С рождения на естественном вскармливании находились 67,8%, на искусственном 19,7%, смешанном 12,5%. В возрасте 12 месяцев помимо прикормов грудное молоко получали 48%, молочные смеси 33,4%, и то и другое 19,6%. 94,6% прикормы начали вводить в 4–6 месяцев, в 7 месяцев- 1,8%, ранее 4 месяцев -3,6%. Первым прикормом чаще отмечены фруктовые соки (33,9%), фруктовые пюре (25%), овощные пюре (25%), реже – каши (12,5%), кефир (1,8%), мясное пюре (1,8%). Раньше года соль стали вводить для приготовления блюд 26,8%, сахар 30,3%. Конфеты до 3 лет давали ребенку 35,7%, из них раньше года 5,3%. Средний возраст введения конфет- 1 год 3 месяца. Старше года ежедневно в рационе присутствовали: каша – 90%, овощи – 95%, фрукты – 85%, мясные/куриные блюда – 83%, рыбные блюда – 58%, творог – 49%, молоко – 54%, кефир-24%. Использование «не детских продуктов»: майонез 69% (ежедневно 9%); кетчуп 14% (ежедневно 3%), чипсы 9% (ежедневно1,6%), конфеты 35,7% (1,5% ежедневно), шоколад 36,4% (ежедневно 4,6%), газированные напитки 33,3% (ежедневно 4,6%). Специализированные продукты давали 2–3 раза в неделю 9%. Периодические отказы от еды отмечены у 66,2% детей. Выводы: обнаружен большой процент детей на искусственном и смешанном вскармливании; эпизоды нарушения сроков и этапности введения прикормов; предпочтение фруктового прикорма в качестве первого прикормам, более ценными по калоражу и нутриентам (овощное пюре, каши); раннее использование соли, сахара и «не детских» продуктов; игнорирование специализированных продуктов, в ряде случаев неоптимальное формирование меню, несоответствие национальным рекомендациям, и как возможный итог – нарушение формирования пищевых стереотипов и периодические отказы от приемов пище у 2/3 детей.

АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Елкина Т.Н., Татаренко Ю.А., Грибанова А.С., Лиханова М.Г.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск

Введение. Около 90% острых бронхитов (ОБ) у детей являются проявлением вирусной инфекции, и их терапия должна проводиться на поликлиническом этапе. Не редко данная нозология становится причиной госпитализации пациентов, что связано как с тяжестью заболевания, так и, возможно, с нерациональным подходом к стартовому лечению.

Цель исследования – изучение медикаментозной терапии ОБ у детей в городских поликлиниках.

Материалы и методы. Проанализировано 116 амбулаторных карт детей в возрасте от 3 до 6 лет. Средний возраст пациентов составил 4,3 года. 69% посещали детские дошкольные учреждения, 8.6% имели аллергические заболевания, 9.4% – хроническую очаговую инфекцию носоглотки.

Результаты. Противовирусные средства были назначены в 62% случаев: индукторы интерферонов – 45,8% детей, интерфероны – 38,9%, препараты прямого противовирусного действия – 13,9%, гомеопатические средства – 1,4%. Антибиотики применялись у 42% пациентов: амоксициллин получали 30,6%, защищенные аминопенициллины – 34,7%, цефалоспорины III поколения –28,6%, макролиды – 6,1%. Отмечено, что у детей, которым проводилась противовирусная терапия, потребность в антибактериальных препаратах была в 2 раза меньше (33% против 67%). Для лечения сухого кашля наиболее часто педиатры выбирали муколитические препараты (50%), комбинированные средства с бронхолитическим эффектом (16,7%) и бронхолитики (16,7%). Бутамират назначался 14% пациентов. При влажном кашле мукоактивные медикаменты были рекомендованы в 72% случаев: амброксол – в 92,8%, бромгексин – в 7,2%, ацетилцистеин – в 7,2%. Бронхолитики применялись в лечении у 20,5% исследуемых, комбинированные препараты с бронхолитическим эффектом – у 15,4%. Определено назначение ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) при ОБ у 12% пациентов, из которых только у одного ребенка имелся диагноз бронхиальной астмы.

Выводы. Регистрируется высокая частота назначения антибактериальных препаратов при ОБ у детей, в то время как у пациентов, получающих стартовое лечение противовирусными медикаментами, лечение антибиотиками проводится в 2 раза реже. Отмечается большой процент рекомендаций бронхолитических препаратов при отсутствии бронхообструктивного синдрома, а также нерациональное использование ИГКС.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ГЕСТАЦИОННАЯ ПРИБАВКА ВЕСА: ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Зотова Е.П., Гарагашев Г.Г., Малинина Е.И., Чабанова Н.Б., Ладина И.И.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5», Тюмень

Введение. Проблема ожирения среди взрослого и детского населения в современном мире приобретает характер мировой пандемии. Базисом, которой является теория внутриутробного программирования ожирения, а именно неадекватное пищевое поведение матери, предгравидарное ожирение, нарушение маточно-плацентарного кровообращения, приводящее к формированию экономного фенотипа ребенка, что способствует накоплению жировой ткани.

Цель исследования – оценить вклад патологической гестационной прибавки веса (ПГПВ) во время беременности у матери на развитие метаболических нарушений среди детей.

Материалы и методы – клинический осмотр101ребенка в возрасте 9–10 лет, наблюдающихся у детского эндокринолога с диагнозом Е66.0 или Е67.8, анализ их медицинской документации (истории развития ребенка – ф-112/у) с оценкой течения неонатального и грудного периода. С учетом особенностей антенатального анамнеза (ПГВП) исследуемая когорта детей была разделена на 2 группы: 1-я группа – дети с ПГВП в анамнезе (n=50); 2-я группа – дети без ПГВП (n=51).

Результаты. Патологическая гестационная прибавка матери при наличии предгравидарного дефицита микронутриентов, сохраняющегося во время беременности (ОШ=2,2 ДИ=1,44–2,5), и индекса массы тела матери более 29,9 (ОШ=2,5 ДИ=1,75–3,0) увеличивает в 1,2–1,4 раза возможность формирования ожирения у детей, в отличие от тех, кто не имел ПГПВ (ОШ=1,8 ДИ=1,2–2,7) и (ОШ=1,73 ДИ=1,6–2,3) соответсвенно. Несмотря на исходный ИМТ избыточное потребление простых углеводов и жиров на протяжении всей беременности в 2 раза увеличивает риск рождения плода с крупной массой. Весовая динамика детей от матерей с ПГПВ в первом полугодии жизни имела больший прирост и более высокие показатели массы. Обращает на себя внимание преобладание среди пациентов с ожирением младшего школьного возраста лиц мужского пола, что достоверно ассоциировано с трехкратным увеличением риска развития ожирения (ОР=3,47 ДИ=1,87–4,35), особенно среди тех, имел признаки внутриутробной гипоксии плода.

Заключение. Патологическая гестационная прибавка веса не является основным фактором развития ожирения у детей, но и при ее наличии увеличивается риск развития ожирения в 1,2–1,4 раза в независимости от исходного ИМТ матери.

ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА И БЕЛОК, СВЯЗЫВАЮЩИЙ ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА – 3 В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ И ФАКТОРЫ НА НИХ ВЛИЯЮЩИЕ

Иваненкова Ю.А., Харламова Н.В., Кузьменко Г.Н., Матвеева Е.А.
ФГБУ “Ивановский НИИ материнства и детства им.В.Н.Городкова” Минздрава России

В последние годы активно изучается влияние инсулиноподобных белков на состояние здоровья недоношенных новорожденных. Известны функции инсулиноподобного фактора роста (IGF-1), такие как регуляция клеточной пролиферации, дифференцировки, увеличение метаболической активности и выживаемости клеток. Основные функции белка, связывающего инсулиноподобный фактор роста – 3 (IGFBP-3): транспортировка и модулирование IGF-1. Мы исследовали инсулиноподобные белки, для возможности прогнозирования заболеваний новорожденных.

Цель исследования – изучить содержание IGF-1и IGFBP-3 в венозной крови недоношенных новорожденных на 3–5 сутки жизни и факторы на них влияющие.

Материалы и методы. Обследованы 131 недоношенный новорожденный с массой тела при рождении менее 1500 г и гестационным возрастом 24–33 недели. Всем пациентам в возрасте 3 – 5 дней проводилось исследование содержание IGF-1 и IGFBP-3 венозной крови. Статистический анализ данных выполняли с помощью методов непараметрической статистики.

Результаты. Содержание IGF-1 и IGFBP-3 венозной крови на 3–5 сутки жизни составили 24,4нг/мл [22,6;28,3] и 0,623мкг/мл [0,500;0,778] соответственно. У новорожденных с экстремально низкой массой тела IGF-1 и IGFBP-3 были достоверно ниже (p<0,05), чем у детей с очень низкой массой тела. Выявлена достоверная положительная корреляционная связь между гестационным возрастом новорожденных и инсулиноподобными белками в венозной крови. Также достоверная положительная корреляционная связь установлена между ростом при рождении и IGF-1 (R=0,26; p=0,01).

Окружность головы и окружность груди коррелировали с IGFBP-3 (R=0,26; p=0,02) и (R=0,27; p=0,01) соответственно. Уровень инсулиноподобных белков у недоношенных детей зависели от варианта осложнения беременности. У детей от матерей с многоплодной беременностью, преэклампсией и истмико-цервикальной недостаточностью в первые дни жизни выявлено более низкое содержание IGF-1 (p=0,02),(p=0,01) и (p=0,03).

Заключение. Уровни IGF-1 и IGFBP-3 венозной крови в раннем неонатальном периоде у недоношенных новорожденных зависят от гестационного возраста, антропометрических показателей и варианта осложнения беременности у матери.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА И КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Кайдаулова К.В.[1], Заикина М.В.[1] , Векессер О.А.[2], Покровская С.А.[2], Мартынович Н.Н.[1]
[1]ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск
[2]ОГБУЗ ИГПЦ, Иркутск

Введение. Последствия задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) обуславливают в постнатальном периоде отклонение физического, соматического и нервно-психического развития в последующем.

Цель исследования – изучение особенности течения раннего неонатального периода и катамнез детей с задержкой внутриутробного развития.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 145 историй развития детей с ЗВУР в кабинете катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией при ОГАУЗ ИГПЦ за 2016 – 2018 гг.

Результаты. Срок гестации на момент родов составил 34,5 ± 3,2 недели. 76 % родились на сроке менее 37 недель, 24% – 37 и более недель. В большинстве оценка по шкале Апгар составляла 7/8 ± 2,1 баллов. Средние массо-ростовые показатели соответственно равны 1,98 ± 0,7 кг и 43,6 ± 4,8 см. У исследуемой когорты в 45% случаев – 1 степень ЗВУР, в 47% – 2, в 8% – 3. 82% имели гипотрофический вариант ЗВУР, 17% – гипопластический, 1% – диспластический вариант. Патологию раннего неонатального периода имели 73 % детей: 50% – неонатальная желтуха, 32%, анемия недоношенных, 22% – РДС 1 типа, 17% – ВУИ различной этиологии, 6% – полицитемия. На первом году у 33 % детей регистрировались острые респираторные инфекции, с частотой 1–2 раза в год. Структура соматических заболеваний представлена сочетанием патологии ЦНС (100%), анемии (82%), пороков сердца (34%), БЛД новая форма (11%). В процессе динамического наблюдения, при оценке физического развития (ФР), выявлено: при 1-ой степени ЗВУР 2/3 детей догоняют своих сверстников в течение первого полугодия жизни, 1/3 малышей – во втором полугодии. При 2-ой степени параметры ФР достигают уровня здоровых детей к концу 1-го (22%) – началу 2-го (25%) года жизни. При 3-ей степени – к 2,5–3 годам. При оценке нервно-психического развития (НПР) выявлена прямая зависимость от гестационного возраста (ГВ). При ГВ менее 37 недель, НПР соответствует не фактическому, а постконцептуальному возрасту, развиваются задержка двигательного и речевого развития.

Заключение. У детей с ЗВУР течение неонатального периода осложняется имеющимися анемией, дистресс-синдромом и различными проявлениями ВУИ. ФР и НПР детей со ЗВУР зависят от степени и клинического варианта.

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА КУРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Касимова Е.В., Мещеряков В.В.
Сургутский государственный университет, Сургут

Введение. Курение является основным фактором риска многих социально значимых заболеваний. Поскольку возрастными истоками курения являются детство и подростковый период, важным с научной и практической точек зрения является исследование распространенности этой вредной привычки в зависимости от пола в динамике, начиная с детского возраста.

Цель. Исследовать динамику распространенности курения от 10 до 17 лет в различных гендерных группах и установить социально значимые факторы риска этой вредной привычки.

Материалы и методы. В одномоментное сплошное когортное исследование включены 698 учащихся 4–11 классов обоего пола одной из школ г. Сургута после информированного согласия их и/или родителей. Всем детям определяли уровень CO (ppm) в выдыхаемом воздухе с использованием аппарата Smokerlyzer SN PP 048706 (Bedfont Scientific Ltd piCO). Подростков 15–17 лет дополнительно анкетировали на предмет факта курения респондента, возраста начала курения и его интенсивности (если курит, индекс курящего человека – ИКЧ), курения в семье. Статистическая обработка материала проводилась методами Манна-Уитни, углового преобразования Фишера, определением операционных характеристик теста: чувствительности (Se), специфичности (Sp), прогностичности положительного (PVP) и отрицательного (PVN) результата, диагностической эффективности (ДЭ).

Результаты. Установлен рост распространенности курения (CO > 5 ppm) от 0,10% в 11 лет до 48,2% в 17 лет (p<0,01). Пик роста приходился на подростков: от 22,6% в15 лет до 48,2% в 17 лет (p<0,01). Во всех возрастных группах частота курения девушек в 1,2–1,5 раз меньше, чем у юношей (p<0,05). ИКЧ возрастал от 24 ед. в 15 лет до 84 ед. в 17 лет (p<0,05). Данные анкет согласовались с показателями CO в выдыхаемом воздухе: рост удельного веса интенсивно курящих (CO 7–10 ppm) от 13% в 15 лет до 31% в 17 лет в структуре всех обследованных соответствующего возраста (p<0,01). Основным фактором риска раннего курения детей и подростков является курение в семье хотя бы одного из его членов (Se= 41,9%; Sp= 75,3%; PVP = 64,3%; PVN = 55,0%; ДЭ = 58,6%).

Заключение. Знание распространенности и факторов риска курения детей и подростков определяет необходимость ранней реализации антисмокинговых программ в первую очередь – в группе риска по этой вредной привычке.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЯЖЕЛЫХ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Кожевникова Л.А., Кузьмичева К.П., Моторина М.В., Горохова Н.Е.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», Тюмень

Введение. Железодефицитная анемия (ЖДА) – самое распространенное гематологическое заболевание у детей. Частота встречаемости ЖДА достигает в среднем по РФ – 12%, а у детей раннего возраста до 73%.

Цель исследования. Выявить возрастные особенности этиологии, клиники и факторов риска тяжелых анемий у детей.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ 53 историй болезни детей от 0 до 17 лет, которые находились на лечении в ОКБ №1 г. Тюмени в 2018 году.

Результаты исследования. Из 53 пациентов, пролеченных в стационаре, 35 детей от 0–3 лет, 2 – от 4–6 лет, от 7–13 лет – 4, от 14 до 18 лет -12 человек. Большинство (66,1%) случаев тяжелой анемии выявлены у детей раннего возраста, чаще у мальчиков (63,5%). Высокому риску развития дефицита железа подвержены дети, вскармливаемые коровьим молоком или молочными смесями (75,2%), с поздним введением прикорма и с нарушением пищевого поведения. У двоих диагностирован гемолитико-уремический синдром, у 1 – анемия Блекфана-Даймонда. у двоих – анемия Миньковского-Шоффара. В старшем школьном возрасте (91.7%) всех анемий составили ЖДА и 1 случай постгеморрагической анемии у девочки с язвенной болезнью ДПК. Среди пациентов старшего школьного возраста (22,7%), преобладали девочки 82%, у которых причиной дефицита железа были маточные кровотечения. У детей были выражены анемический и сидеропенический синдромы, уровень гемоглобина составил 65,1 г/л, эритроцитов – 3,22x10^{12}/л., сывороточного железа – 3,46 ммоль/л, ферритина – 3,5 нг/мл. До госпитализации 15 детям назначались препараты железа, но получали лечение только 6 человек (40%). Гемотрансфузии выполнены 41 пациенту (77,3%), все дети получали препараты трехвалентного железа в дозе 4–5 мг/кг массы тела.

Выводы. Отступление от клинических рекомендаций диагностики, лечения и профилактики анемии у детей медицинскими работниками первичного звена здравоохранения являются серьезными факторами риска поздней диагностики тяжелой анемии в детском возрасте.

КАТАМНЕЗ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ С МАЛЫМ ВЕСОМ К СРОКУ ГЕСТАЦИИ

Косинова С.Р. Петрушина А.Д., Максюкова Е.Н.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
ГБУЗ ТО «Родильный дом №2», Тюмень

Введение. Проблема маловесных детей – одна из важных в здравоохранении всего мира в виду высокого риска развития патологических состояний, У данной группы новорожденных отмечается дисбаланс белкового обмена, макро- и микроэлементов, что не может не сказаться на последующем формировании здоровья ребенка.

Цель исследования – проанализировать антенатальный анамнез для выявления возможных причин формировании задержки внутриутробного развития (ЗВУР); провести комплексную оценку детей со ЗВУР на первом году для разработки междисциплинарной реабилитации на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. В исследование включено 69 доношенных новорожденных, родившихся со ЗВУР в родовспомогательных учреждениях г. Тюмени за 2017 г. Оценивалось их физическое развитие при рождении и в течение 1 года жизни.

Результаты. В антенатальном анамнезе у детей со ЗВУР характерно наличие факторов риска: 60% матерей имели осложненный акушерский анамнез, в 55% случаев беременность сопровождалась анемией различной степени тяжести, у 38% женщин отмечалась ВСД по гипо- и гипертоническому типу, воспалительные изменения половой системы, маловодие; 20% женщин имели никотиновую зависимость, дисфункцию плаценты; дефицит массы тела; ИЦН; обострение хронических заболеваний, ОРИ и пневмонии. По сроку гестации все новорожденные были доношенными и имели срок гестации 39,1± 1,2 недель. Из них 30 мальчиков и 39 девочки (43,5% и 56,5% соответственно). Масса тела при рождении – 2500± 228,73 г, рост 49± 1,9 см. Анализ антропометрических показателей выявил отставание в антропометрических данных на 1 месяце жизни у 45% детей (м.т. 3372,8±619,2г, рост 50,9±2,8 см, p=0,05); в 6 месяцев – у 38,5% (м.т. 6627±790,3г, рост 64,5±4,13 см, p=0,05). К 12 месяцам у 18% сохранялись значительные отставания в физическом развитии: м.т. составила 9367,5±835,1г, рост 73,57±2,72 см., p=0,05, что также является ниже средних величин для данного возраста.

Заключение. Дети, родившиеся со ЗВУР требуют нутритивной коррекции и междисциплинарного подхода в реабилитации. Для профилактики рождения детей со ЗВУР необходима прегравидарная подготовка женщин с учетом факторов риска.

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, НЕ ПОЛУЧАВШИХ ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ

Курмачева Н.А., Панина О.С., Черненков Ю.В., Шлыкова О.А., Муреева Е.Н., Гуменюк О.И.
ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов

Введение. В России с 2014 года официально изменились критерии диагностики и лечения гестационного сахарного диабета (ГСД). При неэффективности диетотерапии (глюкоза плазмы крови при самоконтроле натощак и перед едой остается ≥5,1 ммоль/л) либо ультразвуковых признаках диабетической фетопатии беременным показана инсулинотерапия. Основным назначением внедрения новых принципов диагностики и терапии ГСД было улучшение перинатальных исходов.

Цель исследования – проанализировать состояние новорожденных от матерей с ГСД, не получавших инсулинотерапию.

Материалы и методы. На базе ГУЗ «Перинатальный центр г. Саратова» проведен ретроспективный анализ 48 историй родов матерей с ГСД, получавших только диетотерапию (форма № 096/у), и 49 историй развития их новорожденных (форма № 097/у) от 2018 года. Оценивали акушерские и перинатальные исходы.

Результаты. У матерей с ГСД зарегистрирована высокая частота хронических заболеваний (66,7%), отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза (59,2%), предожирения и ожирения (62,5%), осложнений беременности: хронической гипоксии плода – 75%; анемии – 59,2%; артериальной гипертензии – 39,6%; угрозы прерывания – 37,5%; отеков и протеинурии – 35,5%; чрезмерной прибавки веса – 31,3%; плацентарной недостаточности – 14,6%; многоводия – 10,4%; преэклампсии – 6,3%. Показания к инсулинотерапии имели 35,4% беременных. Кесарево сечение было выполнено у 35,4%, вакуум-экстракция плода – у 4,2% женщин.

Доношенными родились 81,7% детей, недоношенными – 18,3%, из них одна двойня. Диабетическая фетопатия с массой тела более 4000 г диагностирована у 10,2% новорожденных, врожденные пороки развития – у 8,2% детей. Патологическое течение раннего неонатального периода отмечалось у 49,0% новорожденных, в том числе церебральная ишемия (40,8%), неонатальная желтуха (12,2%), внутрижелудочковые кровоизлияния (10,2%), асфиксия (10,2%).

Заключение. Новорожденные от женщин с ГСД отличаются высокой частотой недоношенности (18,3%) и патологических состояний раннего неонатального периода (49,0%). Их матери в 35,4% случаев нуждались в инсулинотерапии, своевременное назначение которой позволило бы нормализовать беременным показатели углеводного обмена и улучшить акушерские и перинатальные исходы.

ПРОФИЛАКТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ОСНОВЕ МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Лутовина О.В., Шовкун В.А., Пятницкая С.А., Швыдченко Н.Ю., Орлова Л.Н.
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону

В последние годы возрос интерес к изучению роли микробиоты кишечника в сохранении здоровья человека, особенно в раннем возрасте, когда формируется большая часть свойств здоровья, в том числе особенности метаболизма. Симбиотические микроорганизмы продуцируют биологически активные соединения, влияющие на метаболизм эукариотических клеток, их пролиферацию и дифференцировку. У детей раннего возраста микробиота кишечника является еще и фактором формирования эпигенотипа, обеспечивающим

реализацию генетической программы развития организма. В ряде научных исследований были получены данные, указывающие на наличие патогенетически значимого влияния нарушенного состава кишечной микробиоты на риск развития ожирения, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний. Цель исследования: изучение состава микробиоты кишечника у детей раннего возраста с отягощенным анамнезом для профилактики развития у них обменных заболеваний на всех этапах последующей жизни. Обследовано 47 детей от 1 месяца до 3 лет. Анализ анамнестических данных показал, что у 69% матерей детей, вошедших в исследование, наблюдались хронические заболевания. В 100% случаев выявлены различные осложнения в течении беременности и родов. Обращает на себя внимание высокая частота (36%) оперативных родов. Внутриутробная гипотрофия наблюдалась в 8,6% случаев, крупная масса при рождении – в 10,6%. В 81% случаев отмечался ранний перевод на искусственное вскармливание. Клинические проявления кишечной дисфункции регистрировали в 69,2% случаев, пищевой аллергии – в 28%. Всем детям проводилось микробиологическое исследование, в ходе которого были выявлены дисбиотические сдвиги в составе кишечной микробиоты, которые характеризовались выраженным дефицитом бифидо- и лактобактерий в сочетании с увеличением частоты выделения и уровня грамотрицательных (клебсиеллы, протей, P.aeruginosa, гемолитические и лактозонегативные штаммы эшерихий) и грамположительных (клостридии, S. aureus) УПМ с преобладанием в структуре микробных ассоциаций грамотрицательных бактерий. Вместе с тем, при дисбиозе кишечника, сопровождающегося увеличением пула грамотрицательных УПМ, развивается системная эндотоксинемия, провоцирующая развитие хронического воспаления, которому отводят большую роль в патогенезе атеросклероза, ожирения, сахарного диабета. Полученные данные позволяют рекомендовать детям комплексную коррекцию микроэкологических нарушений, направленную на предупреждение развития в последующей жизни хронических неинфекционных заболеваний.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА И РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ НА ОСНОВАНИИ ИЗУЧЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL-10 У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.

Милеева П.Л., Бойко Е.Л., Харламова Н.В., Ананьева М.А., Шилова Н.А.
ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново

Введение. Задержка роста плода (ЗРП) занимает важное место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности, являясь актуальной проблемой современного акушерства. У новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития отмечается более тяжелое течение неонатального периода, склонность к нарушению адаптации к внешней среде. Учитывая, что точность современных методов прогнозирования данного осложнения беременности и рождения в последующем ребенка с задержкой внутриутробного развития остается невысокой, необходима разработка новых прогностических методов.

Цель исследования. Разработать новый критерий прогнозирования ЗРП и рождения ребенка с задержкой внутриутробного развития на основании изучения полиморфизма гена IL-10 у беременных женщин.

Материалы и методы. Обследованы 209 женщин в сроке беременности 26–39 недель. Основную группу составили 108 беременных женщин с ЗРП, диагностированной с помощью ультразвукового исследования. В зависимости от степени ЗРП были выделены 2 подгруппы: 1 – 54 женщины с ЗРП I степени, 2 – 54 с ЗРП II-III степени. Контрольную группу составила 101 беременная женщина без признаков ЗРП.

Результаты. У курящих беременных женщин с ЗРП при наличии в генотипе аллеля IL-10 – 1082A отмечалось снижение секреции IL-10 моноцитами и децидуальными макрофагагми, при ЗРП II-III степени дополнительно значимо снижалась внутриклеточная продукция IL-10 моноцитами. При ЗРП II-III степени значимо чаще отмечалось наличие в генотипе женщины аллеля IL-10 – 1082A в гомозиготном состоянии по сравнению с группой контроля.

Заключение. Присутствие в генотипе курящей беременной женщины низкофункциональных аллелей гена IL-10 – 1082A ассоциировано со сниженной продукцией и секрецией IL-10, что может служить прогностическим критерием задержки роста плода и рождения ребенка с задержкой внутриутробного развития.

МНОГООБРАЗИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ВЕГЕТО-ВИСЦЕРАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.

Муреева Е.Н., Панина О.С., Черненков Ю.В., Сказкина В.В., Киселев А.Р.
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ, Саратов

Актуальность. Более 30% всех форм хронических заболеваний взрослого населения имеют свои истоки в детском возрасте и началом многих из них являются вегетативно-висцеральные дисфункции на фоне перинатальной патологии ЦНС.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости проявлений вегето-висцеральной дисфункции в неонатальном периоде.

Задачи исследования:

1. Выявить частоту встречаемости проявлений вегето-висцерального синдрома.

2. Выявить и оценить клиническую картину характерную для раннего и позднего неонатального периода.

3. Катамнестическое наблюдение за детьми, неонатальный период которых был осложнен вегето-висцеральными проявлениями.

Материалы и методы: На базе ГУЗ ПЦ было проанализировано 420 историй развитий новорожденных, находящихся в разных отделениях (физиологическое отделение, ОПННД и ОРИТН) в период 2016–2018. При анализе историй развития новорожденных было выявлено, что диагноз вегето-висцеральный синдром часто не выставлялся, хотя его проявления всегда были зарегистрированы в медицинской документации.

Вегето-висцеральный синдром (G 90.9) – стойкое нарушение функций внутренних органов и систем, происходящее на фоне патологических процессов, развивающихся в ЦНС младенца и одно из последствий поражения перинатальной нервной системы в период внутриутробного развития или после рождения малыша до 7 суток.

Симптомы проявлений вегето-висцерального синдрома: нарушение в работе ЖКТ: частые срыгивания, эзофагит (встречается у 65% детей), приступы кишечных колик – 15%, дыхательные расстройства (расстройства ритма дыхания, аспирационный синдром) – 8%, расстройства терморегуляции – 50%, изменение окраски кожных покровов – 62%, недостаточная прибавка массы тела – 16%, расстройства сна – 15%.

Выводы:

1. Описание клиники вегето-висцерального синдрома встречалось в каждой второй истории развития новорожденного, а диагноз выставлялся лишь в 10% случаев.

2. При анализе амбулаторных карт детей, которые ранее были нами обследованы, диагноз был выставлен в 70% случаев, при сохраняющихся аналогичных клинических проявлениях.

3. При вовремя начатом раннем лечении симптомы ВВС проходят до 1 года жизни ребенка.

4. В большинстве случаев на 1 место выходит комплексная немедикаментозная коррекция одновременно ВСЕХ многообразных проявлений ВВС.

РОЛЬ ЦНС В РЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

[1]Панков Д.Д., [1,2]Панкова Т.Б., [1,2]Ковригина Е.С., [1,2]Ключникова И.В.

[1]Кафедра педиатрии и школьной медицины ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва, 2 ГБУЗ ДГП № 150 ДЗМ, Москва

Введение. Ингаляциями растительными веществами, выделяющими фитонциды с давних пор, пользовались при лечении простудных заболеваний. Но помимо бактерицидного для них еще характерно и рефлекторное действие через обонятельные рецепторы. В наших (Панков Д.Д., 2016–2019) работах мы уже излагали концепцию существования у часто болеющих детей (ЧБД) порочного круга, приводящего через снижение тонуса лимбической системы к ослаблению саногенеза и рецидивам респираторной патологии, который следует «разорвать».

Цель исследования: сравнить эффективность лечения ЧБД при использовании аромотерапии и без нее.

Пациенты и методы. Все обследованные пациенты получали базовую терапию, но были разделены на основную группу (51 человек которые ежедневно получали еще и ингаляции маслом с терпентином) и контрольную группу (50 пациентов которые не получали ингаляции). Время катамнестического наблюдения за каждым пациентом составило 2 месяца.

Результаты**.** Среди ЧБД, получавших ингаляции, в 81,5% случаев не болели в течение всего периода наблюдения (против 62% в контрольной группе). У них в 70% случаев отмечалось легкое течение заболевание (против у 47% в контрольной группе). Средняя продолжительности каждого ОРЗ в основной группе 7,3+2,3 дня и проходила без осложнений, против 9,3+4,3 дня в контрольной группе и с осложнениями. На фоне возникших ОРЗ среди детей, получавших ингаляции в 3 раза реже, чем в другой группе, отмечались бактериальные осложнения. Четверть родителей детей, рандомизированных в основную группу, зафиксировали нормализацию сна у своих детей.

Заключение. Таким образом, мы видим, что в группе ЧБД, получавших ингаляции, отмечено существенно более мягкое течение ОРЗ, более быстрое выздоровление, более благополучный катамнестический период и определенные положительные сдвиги на уровне ЦНС. Есть основание полагать, что это может быть связано с улучшением работы саногенетической системы этих детей через рефлекторные механизмы.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СИМПТОМА ЦИТОЛИЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Первишко О.В., Баум Т.Г.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Введение. Низкая прибавка массы тела, длительная конъюгационная желтуха, изменения в показателях общего анализа крови, мотивируют педиатра на дополнительное обследование биохимических показателей. Наличие симптома цитолиза в анализе, у ребенка первого года жизни, требует диагностического поиска.

Цель исследования – изучение этиологического фактора симптома цитолиза у детей первого года жизни в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Под наблюдением, в течение 6 месяцев, находилось 29 детей с симптомом цитолиза в возрасте до 12 месяцев, обратившихся на амбулаторный прием в клинико-диагностическое отделение ГБУЗ «СКДИБ» г. Краснодара. При динамическом наблюдении оценивали физическое и нервно-психическое развитие, проводили дополнительные обследования (церулоплазмин, ЛДГ, ГГТ, КФК-МВ, КФК, α1-антитрипсин), антимитохондриальные и антинуклеарные антитела, ПЦР – диагностику на основные виды вирусных гепатитов и герпетические инфекции (CMV, EBV-инфекция, ВПГ -6 типа), УЗИ органов брюшной полости, почек и мочевыводящих путей, КТ и МРТ – диагностику.

Результаты. Проведенное исследование определило, что 7 (24,1%) детей имели низкую оценку физического развития, 4 (13,8%) – перинатальную патологию нервной системы. Все пациенты имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, у 82% женщин наблюдался гестоз, признаки многоводия, 9 (31%) матерей во время беременности наблюдались у терапевта по поводу гепатита и холестаза беременных, принимали гепатопротекторы.

Наличие симптома цитолиза у 24 (82,8%) сопровождался увеличение печени при ультразвуковом исследования и данных КТ и МРТ. При этом у 2 детей имело место увеличение КФК до 840 и 1112 Ед, что потребовало консультации невролога и генетика, для исключения врожденных наследственных миопатий.

Диагноз герпетических инфекций подтвердился у 19 (65,5%) пациентов, у 1 (3,4%) ребенка – на фоне приема противосудорожных препаратов. Нарушение липидного обмена, в виде увеличения холестерина, потребовало обследование на дефицит лизосомальной кислой липазы у 1 ребенка.

Заключение. Симптом цитолиза может быть признаком различных заболеваний, в частности, герпетических инфекций, заболеваний нервной системы, наследственных болезней обмена, что требует дополнительного диагностического поиска.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Рычкова О.А., Шешегова М.М., Ржанова Т.Г., Старостина О.В., Рычкова А.А.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

Самым частым возбудителем пневмоний, отитов, синуситов у детей является S.pneumoniae, он же становится причиной повторных острых респираторных инфекций и их осложненного течения. В этих условиях особое значение приобретает иммунизация. В национальный календарь профилактических прививок РФ пневмококковая вакцина включена с 2014 года.

Цель исследования – оценить влияние иммунизации против пневмококка на течение респираторной патологии у детей.

Материалы и методы. Методом случайной выборки проведен ретроспективный анализ медицинской документации детей раннего возраста, получавших лечение в детском стационаре ОКБ №2 г. Тюмени, рассмотрено 100 случаев.

Результаты. Треть пациентов были привиты против пневмококка, две трети – не привиты. (p=0,0001). Причины отсутствия иммунизации: в 42% случаев – отказ родителей от вакцинации, 8% детей прибыли из других стран, где пневмококковая вакцина не входит в календарь, 50% детей получили медицинский отвод в связи с перинатальным поражением нервной системы, врожденными пороками сердца, частыми респираторными заболеваниями в анамнезе. Выполнен сравнительный анализ частоты нозологий в зависимости от вакцинального статуса: неосложненная острая респираторная инфекция у 40% привитых, 10% – у непривитых; острый бронхит 17% и 18% соответственно; очаговая пневмония – 24% у привитых и 43% у непривитых. Острый средний отит встречался одинаково часто – 10 и 11 % соответственно, но у непривитого ребенка выявлен случай перфоративного гнойного отита. Сочетание нозологий наблюдалось в 9% и 12% случаев соответственно (p=0,00001). Антибактериальная терапия назначалась всем пациентам, продолжительность курса составила в среднем 7 дней в группе привитых, и 9 у непривитых (p=0,0001).

Выводы. Установлена достоверная эффективность пневмококковой вакцинации у детей раннего возраста. Сочетанная патология и тяжелое течение патологии респираторного тракта наблюдались чаще у невакцинированных детей. В терапии у привитых детей эффективна была антибактериальная монотерапия, тогда как непривитым детям в части случаев потребовалась комбинация/смена антибактериального препарата, что увеличило среднюю продолжительность курса в 1,3 раза.

ИММУННЫЕ ДИСФУНКЦИИ КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА НЕЙРОИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Рычкова О.А., Ханипова Л.В., Кузьмичева К.П., Старостина О.В., Горохова Н.Е.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

В патогенезе неблагоприятного течения инфекций особое значение играют иммунные механизмы, влияние медиаторов воспаления, клональной экспансии эффекторных клеток – Т- и В-лимфоцитов.

Цель исследования – оценка значения дисфункций иммунной системы в развитии нейроинфекций у детей первого года жизни.

Материалы и методы. Проводилось иммунологическое обследование 65 детей в возрасте 1 месяца до 1 года с нейроинфекциями. Исследование иммунного статуса осуществлялось в 1–4 сутки острого периода. Иммунофенотипирование лимфоцитов (зрелых Т-лимфоцитов ($CD3^+$), Т-хелперов ($CD4^+$), общей популяции Т-лимфоцитов ($CD7^+$), Т-цитотоксических клеток ($CD8^+$), В-лимфоцитов ($CD20^+$) и маркеров клеточной активации $CD23^+$, $CD71^+$, $CD50^+$,$CD54^+$,$CD11b^+$,$CD38^+$) венозной крови проводилось с помощью расширенной панели моноклональных антител методом проточно-лазерной цитофлюорометрии с помощью аппарата Fascan фирмы «Becton Dickinson» (США). Концентрация сывороточных иммуноглобулинов А, М, G определялась методом радиальной диффузии в геле по Манчини; фагоцитарная активность нейтрофилов с латексом по методу Потапова Т.С.; метаболическая активность нейтрофилов в спонтанном и стимулированном НСТ-тесте. Определение концентрации цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-4,ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10,ФНО-α) проводилось на анализаторе «IMMULITE 1000» фирмы производителя «DPC» (США).

Результаты. Исследованы особенности иммунного статуса у детей первого года жизни с нейроинфекциями. Выявлена низкая продукция провоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ФНО-α, гиперпродукция ИЛ-6, дисбаланс со стороны клеточных показателей, усиление микробицидности нейтрофилов на фоне повышенного синтеза хемотаксического фактора нейтрофилов ИЛ-8. Отмечено достоверное увеличение количества В-лимфоцитов, но тенденция к сниженному антителообразованию. Выявлена гипопродукция провоспалительных цитокинов и системный ответ Th1/Th2-типа, что, вероятно, является причиной изначально выраженной инфекционной нагрузки.

Выводы. Нарушения фагоцитарного звена иммунитета (низкая поглотительная функция нейтрофилов), дисцитокинемия (гипопродукция провоспалительного ФНО-α и цитокинов ИЛ-2, гиперпродукция хемотаксического фактора нейтрофилов ИЛ-8), низкий показатель иммунорегуляторного индекса на фоне исходно низкого уровня IgM у детей 1 года жизни в фазу неспецифической резистентности инфекции являются прогностически неблагоприятными признаками осложненных форм инфекций (септического шока и отека головного мозга).

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Рычкова О.А., Ханипова Л.В., Старостина О.В., Нюлякова А.А., Шешегова М.М.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

Несмотря на несомненные успехи вакцинации, коклюш остается проблемой здравоохранения многих стран. Коклюшная инфекция характеризуется повсеместной распространенностью, очаговостью, затяжным течением, развитием осложнений и летальными исходами, особенно у детей раннего возраста. Так, в Тюменской области за 2017–2018 годы зафиксировано 199 случаев заболевания коклюшем среди детского населения.

Цель исследования – выявление клинико-эпидемиологических особенностей коклюшной инфекции у детей первого года жизни.

Материалы и методы. В исследование было включено 27 детей в возрасте от 1 до 12 месяцев (средний возраст 4,14 мес.), госпитализированных в инфекционный стационар за 2018 год. В соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике и лечению коклюша всем пациентам проводилось физикальное и лабораторное обследование. Диагноз устанавливался на основании типичной клинической картины, с последующим лабораторным подтверждением.

Результаты. Среди заболевших детей 22 человека были непривитыми, 3 пациента получили 3 дозы вакцины АКДС, и 1 был привит однократно. Характерная для коклюша осенне-зимняя сезонность не была ярко выражена, отмечена равномерная заболеваемость на протяжении всех сезонов года (p=0,0001). Источник инфекции чаще являлся семейный очаг, в котором заражение происходило от старшего ребенка (p=0,0001). Средняя продолжительность болезни до момента госпитализации составила 15 дней. Главным клиническим критерием диагноза стал приступообразный кашель, который сопровождался изменением цвета лица (гиперемией/цианозом), высовыванием языка, рвотой и периодами апноэ (p=0,001). При лабораторном обследовании ПЦР была положительна в 24 случаях, у 1 пациента диагноз был подтвержден серологическим методом, а у 2 детей все специфические лабораторные тесты были отрицательны (p=0,001). Негладкое течение коклюша наблюдалось в трети случаев, самым частым осложнением стал бронхит с синдромом бронхообструкции (p=0,00001).

Заключение. Для детей первого года жизни заболевание не имеет выраженной сезонности. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют семейные очаги инфекции. Спазматический кашель с периодами апноэ является надежным клиническим критерием коклюша, а для лабораторного подтверждения наибольшее значение имеет метод ПЦР.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В Г. КРАСНОДАР

Савельева Н.В., Бурлуцкая А.В.
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар.

Введение. Состояние здоровья подрастающего поколения служит важным показателем процветания страны. Уровень здоровья и благополучия детей может во многом определять в будущем демографическую ситуацию, уровень духовного, экономического развития, научный, трудовой и оборонный потенциал государства.

Цель. Изучить уровень физического развития и группы здоровья детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации – медицинская карта ребенка (форма № 026/у), и клинический осмотр (включая антропометрию) всех детей дошкольного возраста (3–7 лет) детского муниципального дошкольного образовательного учреждения г. Краснодар в 2018 году.

Результаты. В 2018 г. детский сад посещало 656 детей в возрасте 3–7 лет, из них 332 мальчика (50,6%) и 324 девочки (49,4%).

Среднее физическое развитие имели 64% детей, ниже среднего – 11,3%, низкое – 3,7%, выше среднего – 14,6%, высокое – 6,4%. Гармоничное физическое развитие (соответствие веса росту) выявлено у 82% детей, дисгармоничное за счет дефицита массы тела – 5%, и дисгармоничное за счет избытка массы тела – 13%.

Распределение детей по группам здоровья: I – 376 человек (57,3%), II – 269 (41%), III – 7 (1%), IV (V) – 4 (0,6%). Во II группе чаще выставлялись следующие диагнозы: плоскостопие, минимальная мозговая дисфункция, нарушения речи (дизартрия, дислалия), аденоиды 1–2 степени, малые аномалии развития сердца, тубинфицирование (без нарастания туберкулиновых проб), пупочная грыжа, нарушения зрения (астигматизм, спазм аккомодации).

III группа (дети с хроническими болезнями в стадии компенсации) – 7 человек. В эту группу вошли дети с хроническими заболеваниями моче-выделительной системы, лор-органов, патологией ЦНС.

IV-V группы здоровья у 4 детей. Этим детям выставлены диагнозы: врожденная дисплазия тазобедренных суставов; миодистрофия Дюшена-Беккера; нижний спастический парапарез; ВПС – тетрада Фалло.

Заключение. Таким образом, дети дошкольного возраста имеют преимущественно (64%) среднее физическое развитие, но при этом почти у каждого пятого ребенка (18%) выявлено дисгармоничное физическое развитие и преимущественно за счет избытка массы тела. Только каждый второй ребенок в дошкольном возрасте имеет I группу здоровья (57,3%), т.е. полностью здоров, а у остальных выявлены различные заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ХАРАКТЕР СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ, СТРАДАЮЩИХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Самкина О.Н., Водовозова Э.В., Леденева Л.Н
ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь

Дефицит железа (ДЖ) и железодефицитная анемия (ЖДА) – наиболее распространенные состояния у детей.

Цель исследования. Изучить клинические особенности и характер сопутствующей хронической патологии детей Ставропольского края (СК), страдающих железодефицитной анемией

Материал и методы. Обследовано 60 детей, получавших лечение в отделении гематологии и детской онкологии Краевой детской клинической больнице (ГБУЗ СК «КДКБ») г. Ставрополя в 2012–2016 гг. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью компьютерной программы Microsoft Excel .

Результаты. Диагноз ЖДА легкой степени тяжести выставлен 6 (10,0%) больным, среднетяжелой – 7 (11,7%) и тяжелая степень – у 47 (78,3%) пациентов. Мальчиков 27 (45,0%), девочек – 33 (55,0%), 22 больных (36,7%) проживали в городе и 38 – в селе (63,3%). При клиническом обследовании у 19 (31,6%) детей была диагностирована различная сопутствующая патология. На первое место вышла патология ЖКТ – у 12 (63,1%) пациентов. Из них: гастродуоденит у 7 (63,1%) пациентов, гепатиты различной этиологии – у 2 (16,7%), лямблиоз 1 (8,3%), внепеченочную гипертензию – у 1(8,3%) и синдром мальабсорбции – у 1 (8,3%). Рецидивирующие кровотечения – у 2 (10,5%) больных, перинатальная энцефалопатия – у 2 (10,5%), патология сердечно-сосудистой системы – 1 (5,3%), лимфаденопатия – у 1(5,3%) и симптоматическая эпилепсия – у 1 (5,3%) пациента.

Заключение. У детей СК, страдающих ЖДА, госпитализированных в гематологии и детской онкологии ГБУЗ СК «КДКБ» выявлена в большинстве случаев тяжелая степень заболевания – 47 (78,3%), сопутствующие заболевания регистрировались у 1/3 пациентов, превалировала патология желудочно-кишечного тракта.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Тимошкова С.Д [1], Мартынович Н.Н.[1] , Векессер О.А.[2], Бахмат Я.А.[2]
[1]ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск
[2]ОГБУЗ ИГПЦ, Иркутск

Введение. Состояние здоровья недоношенных детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ)

и пути его улучшения одна из ведущих проблем современной неонатологии.

Цель исследования – оценка состояния здоровья детей, родившихся с ЭНМТ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй развития новорожденных (форма 097/у) в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей ОГБУЗ ИГПЦ. Подбор пациентов проводился методом сплошной выборки. В исследуемую группу вошли 33 ребенка.

Результаты. В отделении в 2018 году находились 584 новорожденных: доношенных 157 (27%) и недоношенных 427 (73%), из них с ЭНМТ – 33 (7,7% от недоношенных). Соотношение по полу дети с ЭНМТ 1:1,06 (16 мальчиков и 17 девочек). Оценка по шкале Апгар на 1 мин. – «2 балла» у 3 новорожденных, «3» – 4, «4» – 4, «5» – 5, «6» – 11, «7» – 5, «8» – 1. Оценка на 5 мин. – «5» – 3, «6» – 13, «7» – 9, «8» –7, «9» – 1. Продолжительность пребывания ребенка с ЭНМТ в отделении реанимации и интенсивной терапии 34 ± 9 дней. При стабилизации состояния в ОРИТ, переведены в ОПН для дальнейшего выхаживания. Спустя время 6 детей нуждались в повторном переводе в реанимацию. Продолжительность пребывания в ОПН 41 ± 10 дней. Из ОПН 27 выписаны на амбулаторный этап, 6 переведены в ИМДКБ. Тяжесть состояния родившихся с ЭНМТ была обусловлена сочетанием нарушений функций дыхательной, ЦНС, ССС систем. Перинатальные гематологические нарушения наблюдались у 100% детей, врожденные аномалии развития крупных артерий – 21 (63,6%), нарушения церебрального статуса – 16 (48,5%), неонатальная желтуха – 12 (36,4%), дыхательные расстройства – 10 (30,3%). Сердечно-сосудистые нарушения, возникающие в перинатальном периоде – 8 (24,2%), переходные нарушения углеводного обмена, специфичные для плода и новорожденного – 4 (12%), замедленный рост и недостаточность питания плода – 4(12%), БЛД – 72,7% (24 ребенка). 100% детей нуждались в антибактериальной терапии и респираторной поддержке. Всем была проведена вакцинация БЦЖ-М, гепатит В, Превенар. При неонатальном скрининге патологии не выявлено.

Заключение. Прогноз для жизни у детей, родившихся с ЭНМТ, определяется своевременностью и полнотой проводимых диагностических и лечебных мероприятий, сначала в перинатальном центре, затем на амбулаторном этапе.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Тимошкова С.Д [1], Покровская С.А.[2], Мартынович Н.Н.[1], Бахмат Я.А.[2]

[1]ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск

[2]ОГБУЗ ИГПЦ, Иркутск

Введение. Преждевременные роды (22–27 недель) являются важнейшей проблемой для здравоохранения, поскольку выхаживание недоношенного новорожденного требует больших материальных затрат, внедрения современных технологий и привлечения квалифицированных кадров.

Цель исследования – изучение особенности перинатального периода детей, родившихся с экстремально низкой массой тела.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй развития новорожденных (форма 097/у), находившихся в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей в ОГБУЗ ИГПЦ. Подбор пациентов проводился методом сплошной выборки. В исследуемую группу вошли 59 детей, 56 женщин.

Результаты. В отделении патологии новорожденных и недоношенных детей ОГБУЗ ИГПЦ за период 2017–2018 год находились 1232 новорожденных: доношенных детей 338 (27%) и недоношенных 894 (73%), из них с ЭНМТ – 59 детей (6,6% от всех недоношенных). В группе детей с ЭНМТ при оценке данных материнского анамнеза средний возраст женщин составил 28 ± 7 лет (37% старше 30 лет). В 100% случаев отмечался неблагоприятный акушерский анамнез. У 44% женщин в анамнезе были прерывания беременности. Во время настоящей беременности отмечалось наличие факторов риска: фетоплацентарная недостаточность – 34%, угроза прерывания беременности – 46%, высокий инфекционный индекс – 54 % (ОРВИ, герпес, инфекции урогенитального тракта). Присутствовала экстрагенитальная патология: артериальная гипертензия – 21%, гестационный сахарный диабет – 11%. Беременность монохориальная – 87 % женщин. 13 детей с ЭНМТ из двойни. Все роды были преждевременные оперативные на сроке от 23 до 32 недель (52% на сроке 25–26 недель). Выявлено, что соотношение по полу дети с ЭНМТ 1:1,6 (23 мужского и 36 женского пола).

Заключение. К ведущим факторам риска, приводящим к преждевременным родам, можно отнести: неблагоприятный акушерский анамнез, инфекционные заболевания и экстрагенитальную патологию матери, внутриутробную гипоксию плода, нарушения маточно-плацентарного кровотока, что соответствует современным литературным данным.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ СЕРОВОДОРОДА В ПУПОВИННОЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ФУНКЦИОНИРУЮЩИМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ

Фисюк Ю.А., Харламова Н.В., Ситникова О.Г., Назаров С.Б.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н.Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново

Введение. Одной из патологии, усугубляющих тяжесть состояния недоношенных новорожденных, является функционирование артериального протока (ФАП) с шунтированием крови из аорты в легочную артерию, сопровождающееся переполнением сосудов малого круга и обеднением большого круга кровообращения. Частота встречаемости ФАП обратно пропорционально гестационному возрасту. Сероводород участвует в регуляции многих физиологических процессов в нервной системе, в регуляции гомеостаза, иммунитета. Большую роль сероводород играет в регуляции работы сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования – исследование концентрации сероводорода в пуповинной крови у новорожденных в зависимости от функционирования артериального протока.

Материалы и методы. Нами были обследованы 106 недоношенных новорожденных сроком гестации до 33 недель. В зависимости от функционирования артериального протока дети разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 32 недоношенных новорожденных с ФАП, 74 новорожденных без ФАП. Всем детям было проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, концентрация сероводорода в пуповинной крови определялась методом Qu K., Chen C.P., Halliwell B. et al. Статистический анализ данных выполняли с помощью методов непараметрической статистики.

Результаты. Дети в сравниваемых группах были сопоставимы по массе тела, полу, однако отличались по сроку гестации: 1 группа – 29 [28;31], 2 группа – 31[30;32], (p-0,001). Результаты исследования показали, что среднее значение сероводорода в новорожденных из 1 группы было на 40,5% ниже, чем у новорожденных 2 группы (p-0,00075). Прослежена корреляционная связь концентрации сероводорода и эхокардиографическими показателями: конечно-диастолический размер левого желудочка $r = -0,36$; p-0,0001; конечно-систолический размер левого желудочка $r = -0,36$; p-0,01; давление в аорте $r = -0,22$; p-0,034; диаметр аорты $r = 0,31$; p-0,025.

Выводы: Для недоношенных новорожденных с функционирующим артериальным протоком характерно сниженное содержание сероводорода в пуповинной крови, что можно использовать для выявления новых критериев прогнозирования функционирования артериального протока.

КИНЕЗОТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Хан М.А., Дегтярева М.Г., Румянцева М.В., Микитченко Н.А.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», кафедра неонатологии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрва России, Москва

Введение. Одним из важных принципов медицинской реабилитации недоношенных детей на первом году жизни является формирование индивидуальных программ медицинской реабилитации, направленных на преодоление отклонений в развитии, формирование моторных навыков, развитие правильного двигательного стереотипа, улучшение созревания психоэмоциональной сферы ребенка с учетом неврологического статуса, уровня психомоторного развития. Этим критериям отвечают технологии кинезотерапии: лечебный массаж, лечебная гимнастика, фитбол-гимнастика, метод тонкого пальцевого тренинга, гидрокинезотерапия, сухая иммерсия, кинезиологический метод В. Войта, артикуляционная гимнастика Кастильо Моралес. Одной из перспективных технологий кинезотерапии является метод В. Войта.

Цель. Оценка эффективности кинезотерапии по методу В. Войта с целью развития и восстановления естественных двигательных навыков (переворотов и ползания) у недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС.

Материалы и методы. Обследовано 86 детей в возрасте от 1 до 12 месяцев. 43 ребенка составили основную группу, которая получала кинезотерапию по методу В. Войта и 43 ребенка – группа сравнения. Методы исследования: неврологическое обследование, нейросонография, количественная оценка мышечно-постурального тонуса и рефлексов по шкале Infanib.

Результаты. После проведенного курса лечения отмечено достоверное увеличение суммарной оценки по шкале INFANIB у всех детей (значимость изменений p=0,0001). При этом в 53,5% случаев отмечен переход в диапазон менее выраженных неврологических нарушений. Оценка по шкале INFANIB в диапазоне «норма» получена у 25,6% детей. В группе сравнения этот показатель нормализовался лишь в 16,3% случаев. Таким образом, кинезотерапии по методу В. Войта в большей степени способствует нормализации мышечного тонуса и формированию физиологических двигательных стереотипов.

Заключение. Кинезотерапию по методу В. Войта целесообразно включать в программу ранней медицинской реабилитации недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС на 1 году жизни.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У МАТЕРЕЙ НА РАННЮЮ АДАПТАЦИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ

Черкасова Т.М., Гуревич Н.Л., Зенченко О.А.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул

Введение. Продолжающийся рост частоты выявления нарушений углеводного обмена у женщин репродуктивного возраста обуславливает интерес к проведению анализа влияния данной патологии у матери на рождение и клиническое состояния ребенка в раннем неонатальном периоде.

Цель исследования – оценить клинические различия в течении периода ранней адаптации у детей, родившихся от матерей с различными вариантами нарушений углеводного обмена, в частности – с гестационным (ГСД) и инсулинзависимым сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы. В исследование включено 180 новорожденных детей от матерей, чья беременность протекала на фоне нарушений углеводного обмена: у 145 (81%) женщин был выявлен ГСД, у 35 (19%) – СД. Оценку состояния детей проводили на основании анализа историй родов и историй развития новорожденных. Всем пациентам проводилось клиническое и лабораторно-инструментальное обследование. Статистическую обработку материала проводили по методу φ (углового преобразования Фишера). Результаты. В группе новорожденных детей от матерей с СД достоверно чаще встречаются преждевременные роды (p<0,01), большая масса и длина тела при рождении (макросомия) (p<0,01), наличие респираторных нарушений (p<0,01), в том числе осложнившихся персистирующей легочной гипертензией, наличие метаболических нарушений (p<0,01) в виде гипогликемии и гипокальциемии, а так же отмечается более частое наличие гипертрофической кардиомегалии, выявленной по результатам эходопплеркардиографии (p<0,01). Достоверных различий по частоте встречаемости гипоксически-ишемического поражения головного мозга не выявлено (p>0,05).

Заключение. Для детей, родившихся от матерей с инсулинзависимым сахарным диабетом, характерно более частое нарушение течения раннего неонатального периода, что в дальнейшей жизни повышает риск развития таких состояний, как ожирение, сахарный диабет, неврологические нарушения. Крайне актуальной остается проблема профилактики неблагоприятного влияния заболевания матери на развитие плода и новорожденного ребенка.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ТЕМПЕРАМЕНТА У ДЕТЕЙ С ЧАСТОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ

Чурина А.Е., Тимофеева Е.С., Романцова Е.Б., Приходько О.Б.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА, Минздрава России, Благовещенск

Введение. На формирование частых инфекций респираторного тракта у детей влияет множество факторов, изучение которых – одна из актуальных проблем педиатрии: особенности соматотипа, темперамента, стиля воспитания и социального окружения.

Цель. Изучить влияние нарушений физического развития, темперамента, стиля воспитания в семье на формирование частых респираторных заболеваний у ребенка.

Материалы и методы. Изучено состояние здоровья 320 детей 6–8 лет из образовательных учреждений г. Благовещенска, по данным профилактических осмотров, анкетированию и опросу родителей, опроснику темперамента А. Томас и С. Чесс, валидизированного В.Г. Колпаковым, В.В. Макаровым, А.Г. Макаровой. Статистическая обработка проведена с использованием программы Statistika 6.0.

Результаты. Из обследованных детей выделена группа часто болеющих – 93 ребенка (29%), девочки составили (61,3%), мальчики 39 (38,7%). Благополучный социальный анамнез (92%) и удовлетворительное материальное положение (73%) у большинства семей. Мезосоматотип у девочек встречался чаще – в 44,5%, макросоматотип у 29,6% микросоматотип – 25,9%. В группе мальчиков мезосоматотип определен у 43%, макросоматотип у 42,8%, микросоматотип у 14,2%. У девочек чаще наблюдалась недостаточность массы в сочетании с недостаточностью роста. У мальчиков преобладал избыточный рост, недостаточность массы, относительно узкая грудная клетка. «Трудный» темперамент коррелировал с дисгармоничным физическим развитием: недостаточностью веса (r=0,5), узкой грудной клеткой (r=0,65), преобладанием показателей роста (r=0,5). Гармоничное развитие чаще отмечалось у девочек (31,76%), чем у мальчиков (16,47%) в группе 6–7-летних детей. Дисгармоничное развитие у 8-летних девочек (17,6%) встречалось чаще, чем у мальчиков (10,5%).

Заключение. Определение гармоничности физического развития, особенностей темперамента – следует учитывать в индивидуальной программе профилактики частых респираторных инфекций.

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ.

Якубович Е.С., Хмилевская С.А., Зрячкин Н.И., Любимова Е.В.
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов

Цель исследования – изучить частоту и особенности течения острых респираторных инфекций (ОРИ) у детей раннего возраста, рожденных с ОНМТ и ЭНМТ.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 80 детей. Основная группа – недоношенные дети (НД) (50 человек): подгруппа с ЭНМТ при рождении (18 детей) и подгруппа с ОНМТ (32 ребенка). Контрольная группа (КГ) – доношенные дети (30 человек). Непосредственное наблюдение с оценкой частоты и характера течения ОРИ осуществлялось до достижения детьми трехлетнего возраста.

Результаты. Частота ОРИ на первом году жизни у детей исследуемых групп не имела достоверных различий. Однако для НД было характерно осложненное течение ОРИ (86% случаев против 23% у доношенных, $p<0,0001$). У детей с ЭНМТ при рождении осложненные ОРИ регистрировались в 100% случаев, у детей с ОНМТ – в 84%. У НД в сравнении с группой контроля чаще наблюдались более тяжелые эпизоды ОРИ, потребовавшие госпитализации ($p<0,05$). Наибольшее число госпитализаций наблюдалось среди детей с ЭНМТ.

На 2-м году жизни НД продолжали лидировать по частоте осложненного течения ОРИ (66% случаев против 33% у доношенных, $p<0,01$). У детей с ЭНМТ осложнения, как и на 1-м году жизни, регистрировались в 100% случаев, а у детей с ОНМТ данный показатель уменьшился до 60% случаев ($p<0,05$ при сравнении с КГ).

На 3-м году жизни сохранялось отсутствие значимой разницы между группами и подгруппами по частоте ОРИ. Нивелировалась разница между доношенными и НД в целом по наличию их осложненного течения. Однако, стратификация по весу при рождении показала, что ОРИ приобретала осложненное течение в 80% случаев у детей с ЭНМТ (в 100% случаев у детей, родившихся с весом менее 750 г). При этом число осложнений у детей с ОНМТ не отличалось от КГ.

Заключение. У НД с ЭНМТ и ОНМТ при рождении на протяжении первых трех лет жизни в структуре острых респираторных инфекций, по сравнению с КГ, преобладают тяжелые и осложненные формы, особенно у детей с ЭНМТ при рождении. Подобная картина у детей с ОНМТ при рождении наблюдается на протяжении первых 2 лет жизни, а у детей с ЭНМТ – на протяжении всего периода раннего детства. При этом наиболее уязвимой является группа детей с массой тела при рождении менее 750 г.

Раздел 5
КАРДИОЛОГИЯ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЯМ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА (ВПС)

Амбарумян И.А., Ярмак Ж.А.
ГБУЗ Амурской области «Дом ребенка специализированный», Благовещенск

Введение. Врожденные аномалии кровообращения у детей приводят к большой смертности у новорожденных и младенцев в течение первого года жизни. При отсутствии оперативного вмешательства прогрессирующая сердечная недостаточность и другие осложнения ВПС в более позднем детском возрасте приводят к смерти или тяжелой инвалидности. Стандартом является максимально раннее оперативное лечение детей с ВПС, во избежание отдаленных осложнений в результате длительно прогрессирующего заболевания.

Цель исследования – определение эффективных методов ЛФК при подготовке детей раннего возраста к оперативному лечению ВПС и методов последующей реабилитации.

Материалы и методы. В анализ включено 6 детей (до 2 лет – 5 и от 2 до 3-х лет – 1). Первичный осмотр детей проводился медико-психолого-педагогической комиссией. Разрабатывалась индивидуальная программа подготовки к оперативному лечению и последующая реабилитация по прибытию.

Результаты. В дооперационном периоде детям со стабильными показателями гемодинамики назначались курсы массажа и лечебной гимнастики, ослабленным детям – курсы массажа с пассивной дыхательной гимнастикой, чем значительно улучшили показатели кардиореспираторной системы, повысили показатели легочной вентиляции. После хирургической коррекции ВПС детям с удовлетворительными показателями назначались курсы лечебной и дыхательной гимнастики, дифференцированного массажа. Дети активизировались, улучшили двигательные навыки в течение месяца. Дети, оперированные по поводу сочетанных пороков прибыли в ослабленном состоянии. Их реабилитация проводилась поэтапно. В начале назначался щадящий массаж с акцентом на дистальные отделы конечностей и пассивная дыхательная гимнастика. Далее, курсы общестимулирующего массажа с дыхательной гимнастикой, дозированной ходьбой и дозированными прогулками. На заключительном этапе – курсы общестимулирующего массажа, комплексы ЛФК и активной дыхательной гимнастики. При применении индивидуальной тактики ведения: сократилось отставание в развитии двигательных навыков, отставание в нервно-психическом развитии с 4-х до 1-го эпикризного срока; снизилась общая заболеваемость.

Заключение. Индивидуальная тактика физической реабилитации детей с ВПС в системе кардиореабилитации является эффективной и способствует благополучной социализации.

СОДЕРЖАНИЕ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ С КАРДИОМИОПАТИЯМИ

Ахмедова Н.Р., Ахмедова Д.И., Сабирова Ф.Б.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Влияние цитокинов на клиническую картину и течение сердечно-сосудистых заболеваний у детей осуществляется через воздействие на иммунную, центральную нервную и эндокринную системы. В последние годы среди большого числа изучаемых маркеров воспалительного ответа внимание исследователей сконцентрировано на интерлейкинах, в том числе факторе роста эндотелия сосудов (VEGF) и факторе некроза опухолей-α (TNF-α), которые являются весьма чувствительными маркерами.

Цель исследования – изучить содержание фактора роста эндотелия сосудов и фактора некроза опухоли у детей с кардиомиопатиями (КМП).

Материалы и методы. Обследовано 104 детей с кардиомиопатиями, госпитализированные в кардиоревматологические отделения РСНПМЦП в г. Ташкенте и Республиканском детском многопрофильном медицинском центре Республики Каракалпакстан в г.Нукус. Средний возраст больных составил 8,9±0,6 лет..Иммунологические исследования, включающие определение VEGF и TNF-α проводились в клинико-лабораторном отделе РСНПМЦП педиатрии с использованием биочип технологии RANDOX.

Результаты. Анализ результатов исследования свидетельствует о неоднозначном влиянии гипоксии на способность детей продуцировать TNF-α и VEGF. Изучение содержания TNF-α показал, что его уровень был повышенным у 70,5% обследованных детей. Так, если умеренная гипоксия сопровождалась незначительным повышением уровня TNF-α в сыворотке крови (9,2±0,87 pg/ml), то в случае тяжелой гипоксии у этих детей его уровень был достаточно высоким (16,7±1,2 pg/ml) относительно показателей нормы (2,28–7,81 pg/ml) Более выраженное повышение TNF-α отмечалось при дилатационной КМП с сердечной недостаточностью IIБ – III степени ($p<0,01$).

При гипоксии повышается уровень гипоксия-индуцибельного фактора-1-альфа (HIF-1α), который активирует экспрессию VEGF. VEGF повышает проницаемость сосудов, ведет к дезорганизации сосудистой стенки. Анализ полученных данных показал, что уровень VEGF превышал нормальные значения в 2–4,5 раз у 95,5% больных с КМП.

Заключение. У детей с КМП отмечается повышение уровней TNF-α и VEGF, содержание которых напрямую зависят от степени сердечной недостаточности и гипоксии.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОДРОСТКОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бородин А.В., Евстифеев Е.К., Медведева Л.В., Минина Е.Е.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Многие исследования подчеркивают, что артериальная гипертензия (АГ) и другие сердечно-сосудистые заболевания сопровождаются психогенными нарушениями, такими как ипохондрия, истерия, депрессия, что во многом определяет клиническую картину болезни.

Цель исследования – изучить характерологические особенности личности у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 40 детей, средний возраст (15±0,2 лет) с установленным диагнозом «Эссенциальная артериальная гипертензия». Особенности личности оценивали по опроснику «Мини-мульт».

Результаты. Среди подростков с АГ преобладали мальчики (82,5%). Все пациенты имели пограничный профиль и у большинства детей (90%) был смешанный тип реагирования. По данным опросника «Мини-мульт», ни у одного подростка не обнаружено патологически высоких профилей (выше 80 баллов). Повышение баллов по шкале «Ипохондрия» отмечалось у 15% детей. Аналогичный результат получен по шкале «Депрессия» (у 15%). У каждого третьего подростка с АГ (30%) выявлен высокий результат по шкале “Истерия”, при этом пик профиля отмечался у 25% детей. Кроме того, по шкале “Ригидность” высокий результат обнаружен у 32,5 %, что в сочетании с высокими шкалами «невротической триады» (15%), указывает на формировании подавленного внутриличностного конфликта. По шкале «Психопатии» высокий результат наблюдался всего у 5 %. Повышение баллов по шкалам “Тревожность» и «Шизоидность» выявлено в равной степени (по 15%). По шкале «Оптимистичность (Гипомания)» высокий результат отмечался у каждого пятого подростка (20 %), при этом низкие показатели, отражающие «астенизацию» характера, обнаружены у 37,5% подростков.

Заключение. В психологическом статусе подростков с артериальной гипертензией выявлены разнообразные пограничные профили, преимущественного невротического типа, отражающие особенности акцентуации характера подростков, что может оказывать влияние на социализацию этих детей. Кроме того, особенности личности могут являться фактором развития невротических реакций и состояний, приводящих к формированию психовегетативного синдрома и нарушению качества жизни детей с артериальной гипертензией.

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ

Бородин. А.В., Медведева Л.В., Минина Е.Е.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Артериальная гипертензия является не только актуальной темой терапевтической практики, но и педиатрической. По мнению многих авторов, истоки гипертонической болезни, лежат в детском и подростковом возрасте, где артериальная гипертензия расценивается как функциональный и психовегетативный синдром.

Цель исследования – оценить проявления психовегетативного синдрома у детей с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 43 ребенка в возрасте от 12 до 18 лет с установленным диагнозом «Эссенциальная артериальная гипертензия». Для оценки вегетативных проявлений использовался опросник А.М. Вейна; для оценки нарушений сна – анкета для диагностики расстройств сна; для определения уровня тревожности – анкета Спилберга – Ханина.

Результаты. Средний возраст детей составил 13,7±0,4 лет, преобладали мальчики (77%). Большая часть детей предъявляла жалобы на головную боль (83,7%), у половины детей (51,2%) были жалобы на кардиалгии колющего характера, не связанные с физической нагрузкой, а также на сердцебиение и перебои в области сердца (46,5%). Признаки ортостатической интолерантности обнаружены у 76,7% пациентов, гипервентиляционные расстройства встречались у 55,8%, вегетативные пароксизмы в анамнезе были у 34,8% детей. По результатам опросника Вейна, у большинства детей выявлены признаки вегетативных расстройств (81,3%). Большинство детей (86%) в период повышения артериального давления предъявляли разнообразные жалобы: у каждого второго (53,5%) были жалобы с сочетанием кардиального и цефалического компонента, а также другой выраженной «вегетативной симптоматикой»; у каждого четвертого ребенка – головная боль (23,3%), у 11,6% детей были жалобы с кардиальным компонентом (кардиалгии, сердцебиение). У 74,4% отмечались нарушения качества сна. По результатам теста Спилберга-Ханина показатели высокой ситуационной тревожности выявлены у 34,8% пациентов, умеренная тревожность обнаружена у 46,5% детей. Более чем у половины

детей (58,1%) был выявлен повышенный профиль личностной тревожности.

Заключение. У детей с артериальной гипертензией имеются разнообразные проявления психовегетативного синдрома как со стороны вегетативной, так и с аффективной сфер, отражающих функциональные нарушения надсегментарных отделов нервной системы.

КЛИНИКО-РИТМОКАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бородин. А.В., Медведева Л.В., Минина Е.Е.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) у детей является одним из самых распространенных заболеваний среди неинфекционных патологий. Несмотря на многофакторность патогенеза, начальную роль в запуске патогенетической цепочки занимают нарушения надсегментарных отделов вегетативной нервной системы.

Цель исследования – оценить клинические проявления и вариабельность сердечного ритма у детей с эссенциальной артериальной гипертензии

Материалы и методы. В исследование включено 43 ребенка с артериальной гипертензией. В зависимости от показателей суточного мониторирования артериального давления дети были разделены на 2 группы: лабильная и стабильная формы АГ. Оценивались клинические проявления и уровень тревожности по Спилбергу – Ханину, кроме того 23 пациентам проведен анализ вариабельности ритма сердца с проведением активной ортостатической пробы (ПО «Полиспектр»).

Результаты. Выявлено, что 58,1% детей были с лабильной АГ. Среди детей с лабильной АГ достоверно чаще встречались жалобы на боли в области сердца (p<0,05), эпизоды вегетативных кризов (p=0,02) и мигрени (p=0,03), при этом у всех детей со стабильной АГ были цефалгии (p<0,05). По результату теста Спилберга-Ханина выявлено, что показатели личностной и ситуационной тревожности были выше в группе детей со стабильной АГ (p<0,05). При оценке показателей вариабельности сердечного ритма, обнаружено, что у детей с лабильной АГ показатели триангулярного индекса (p=0,006) и купола диаграммы по Лютиковой (p=0,002) в фоновой записи были выше, чем у детей со стабильной АГ. При этом в ортоположении у детей со стабильной АГ в меньшей степени изменялись показатели амплитуды моды, индекса напряжения Баевского, триангулярного индекса, показатели купола диаграммы Лютиковой и низкочастотные составляющие по данным спектрального анализа (p<0,05).

Заключение. У детей с лабильной формой артериальной гипертензии более выражены вегетативные проявления и выше вариабельность сердечного ритма, а у детей со стабильной формой – выше показатели симпатической активности и показатели тревожности.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ В МИОКАРДЕ ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Буряк В.Н., Пахомов А.А.
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

Введение. Одной из актуальных проблем детской кардиологии является рост заболеваемости детей первичной артериальной гипертензией. Многогранность патогенеза последней позволяет предполагать развитие изменений биоэлектрической активности миокарда как один из патогенетических механизмов страдания.

Цель. Изучить особенности проведения возбуждения в миокарде детей, страдающих первичной артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 27 детей от 6 до 17-ти лет с первичной артериальной гипертензией, из которых было 15 мальчиков и 12 девочек, а также 20 здоровых детей аналогичного возраста(10 мальчиков и 10 девочек), составивших группу контроля. Всем обследованным проводилось суточное мониторирование артериального давления и электрокардиография посредством комплекса DX-AKM-03Arnika. Статистическая обработка полученных данных проводилась посредством методов вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного обследования у детей с АГ установлены достоверные(p) отличия по сравнению со здоровыми сверстниками процессов внутрипредсердной, атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости. Так, длительность P у детей с артериальной гипертензией составляла 0,083±0,002сек, у здоровых – 0,050±0,004сек, длительность PQ, соответственно 0,123±0,003сек и 0,138±0,003сек, QRS – 0,081. Проведение корреляционного анализа выявило слабую обратную корреляцию(-0,316) между среднесуточным систолическим АД и длительностью QRS и обратную корреляцию средней силы (-0,546) между non-dipper и длительностью QRS. Указанные закономерности позволяют говорить о влиянии внутрижелудочковой проводимости на величину систолического АД, а также на характер ночного снижения АД.

Выводы. 1. Биоэлектрическая активность миокарда у детей с первичной эссенциальной гипертензией проявляется замедлением внутрипредсердной

и внутрижелудочковой проводимости при ускорении атриовентрикулярной проводимости. 2. Внутрижелудочковая проводимость оказывает определяющее влияние на величину систолического артериального давления и на характер ночного снижения артериального давления у детей с первичной артериальной гипертензией.

МАНИФЕСТАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КАРДИОПАТИЙ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ

Галактионова М.Ю., Швайгерт Т.А., Чеснокова Л.Л., Богданова Д.А.
ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, Красноярск

Введение. Существует необходимость активного выявления, углубленного изучения и поиска путей профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний неинфекционной этиологии у детей.

Цель исследования – изучить особенности течения и периоды манифестации функциональных кардиопатий у детей.

Материалы и методы. Обследовано 309 детей в возрасте от 6 до 8 лет средней школы №5 г. Красноярска до начала обучения, в период максимального стресса (октябрь-ноябрь) и в конце учебного года. Проведена антропометрия, измерение артериального давления (АД), электрокардиография (ЭКГ).

Результаты: В начале года среднее физическое развитие имели 114 (71,8 %) девочек и 87 (58 %) мальчиков. К концу учебного года снизилось число детей с гармоничным физическим развитием до 67,9% среди девочек и 46% мальчиков. Снижение массы тела, как реакция дезадаптации, отмечалось у 20,7% девочек и 30% мальчиков, избыточная масса тела – у 13,2% и 22% соответственно. Средние показатели САД и ДАД у школьников на начало учебного года равнялись 95,64 ± 2,78 мм рт. ст. и 60,05 ± 2,25 мм рт.ст., средняя величина ЧСС составила 84,66± 1,26 уд./мин. К концу учебного года средний уровень САД и ДАД составил соответственно 84,77 ± 3,46 мм рт. ст. и 50,83 ± 3,27 мм рт. ст . Артериальное давление в пределах возрастной нормы регистрировалось у 79,61% детей на начало учебного года, в середине – у 52,4%, в конце года – 62,1%. Признаки синдрома вегетативной дисфункции (СВД) выявлены у 30,1 % детей. Нарушения сердечного ритма регистрировались к концу 1-го года обучения в виде тахикардии – 14,56%; экстрасистолия имела место у 1,7% школьников, у 1,5% детей регистрировалась брадикардия. За медицинской помощью по поводу цефалгии, кардиалгий, быстрой утомляемости, эмоциональной лабильности в периоде адаптации обращались 1/3 часть детей.

Заключение: Наиболее критическими периодами для манифестации функциональных нарушений сердечного ритма и вегетативной дисфункции является период адаптации детей к школьному обучению. При этом наиболее неблагоприятным является период максимального стресса (ноябрь).

НЕЙРО-ИММУНО-ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ – КАК ИСХОДНЫЙ МЕХАНИЗМ СТАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Каладзе Н.Н., Ревенко Н.А., Алешина О.К., Мельцева Е.М.
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Евпатория

Введение. Концепция факторов риска, среди которых наиболее важным является старение, и, особенно, сердечно-сосудистое старение, является одним из основополагающих в формировании профилактики сердечно-сосудистой патологии. Типичным клиническим примером сосудистого старения может служить развитие эссенциальной (первичной) артериальной гипертензии (АГ) у пациентов молодого возраста.

Цель исследования – изучение нейротрофических, эндотелиальных, гормональных и иммунологических факторов, участвующих в раннем старении организма.

Материалы и методы. В исследование включено 120 детей (13,39±0,14) с АГ и признаками метаболических нарушений. Всем пациентам проводилось исследование содержания факторов роста, гормонов адаптации, половых и метаболических гормонов, эндотелиальных факторов.

Результаты. В нашем исследовании выявлен дисбаланс гормонов метаболизма в виде снижения адипонектина, грелина, повышения лептина, инсулина, (p<0,001), что обуславливает риск атерогенеза и кардиоваскулярных осложнений. Оценивая маркеры стресс-активирующей и стресс-лимитирующей гормональной систем у детей с АГ и метаболическими нарушениями, выявлен более высокие уровени адреналина, пролактина, Т3, окситоцина, серотонина (p<0,05–0,001), сниженные уровни адренокортикотропного гормона и тиреотропного (p<0,0001). Экскреция дневного мелатонина была увеличена, ночного снижена (p<0,05–0,0001). Уровни вазоконстрикторов эндотелина-1 и асимметричного диметиларгинина были значительно повышены, (p<0,001), вазодялятаторов NO и ГАМК – снижены (p<0,0001). Повышены уровни ростового фактора дифференцировки 15 (GDF-15), трансформирующего фактора роста β1 (TGF-β1), инсулиноподобного фактора роста 1 (IGF-1), снижены уровни фактора роста нервов (NGF) и фактора роста головного мозга. Дис-

баланс нейро-иммуно-эндокринных нарушений коррелировал с длительностью и тяжестью течения АГ, степенью абдоминального ожирения и обуславливал развитие клинического преждевременного старения.

Заключение. У детей с АГ выявлены нейро-иммуно-эндокринные нарушения, формирующие полиморбидную патологию, характерную для раннего старения. Детальный анализ и дальнейшее развитие интегральных взглядов об общности регуляторных систем открывает новые широкие перспективы для углубления знаний о механизмах старения у детей с АГ, а также для ранней профилактики, диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с возрастом.

СЛОЖНОСТИ АДАПТАЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Остроухова И.П., Рычкова Т.И., Чегодаева Н.А.
ФГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ, Детская городская больница св.Владимира, Москва

Введение. Вегетативная нервная система, находясь в центре адаптационно-компенсаторных процессов организма, постоянно реагирует на все жизненные ситуации и поэтому часто испытывает перегрузки. Характер изменений вегетативной регуляции у детей и подростков требует конструктивного подхода для предотвращения негативных последствий.

Цель исследования. Оценить особенности адаптации вегетативной нервной системы у детей школьного возраста, проживающих в крупном мегаполисе, поступивших в педиатрический стационар.

Материалы и методы. В исследование включено 153 ребенка 8 – 16 лет, поступивших в педиатрическое отделение в течение одного года. Проявления вегетативной дисфункции установлены у 83 мальчиков и 70 девочек. Проведены общеклинические лабораторные и инструментальные обследования – ЭКГ, ХМ, КИГ, ЭхоКГ, СМАД, ЭЭГ, УЗДГ.

Результаты. Вегетативная дисфункция по симпатикотоническому типу установлена у 15 человек (мальчиков 73%), по смешанному типу – 63 ребенка, из них 20 с синкопами (мальчиков 70%), по ваготоническому типу – 75 детей, из них 19 человек с синкопами и 28 с синдромом слабости синусового узла (78% составили мальчики). При сборе анамнеза – беременность часто протекала на фоне токсикоза и гипоксии (анемия, гипотония). В течение длительного времени отмечались нарушения режима сна, гиподинамия, увлечение гаджетами. Дети жаловались на головокружения, слабость, чувство тревоги.

Выводы. При психоэмоциональном напряжении повышается активность лимбико-ретикулярного комплекса, что обеспечивает координацию вегетативной, соматической и эмоциональной сфер. В начале процесса адаптации отмечается симпатикотония, при длительном существовании перегрузок – ваготония.

Данные проведенного анализа свидетельствуют о нарастании дезадаптации у школьников, преимущественно мальчиков, проявляющейся увеличением числа ваготоний и жизнеугрожающих состояний в виде обморочных состояний и синдрома слабости синусового узла.

К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ.

[1]Панков Д.Д., [1,2]Панкова Т.Б., [1,2]Ковригина Е.С., [1,2]Ключникова И.В.
[1]Кафедра педиатрии и школьной медицины ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва, [2]ГБУЗ ДГП № 150 ДЗМ, Москва

Введение. Тонус вегетативной нервной системы (ВНС) – один из наиболее динамичных показателей жизнедеятельности организма. При этом вегетативно-сосудистый дистонус (ВСД) может быть во многих случаях физиологически оправдан (например, при эмоциональном напряжении), а может и свидетельствовать о поражении ВНС. Закономерно возникает вопрос: как распознать, когда ВСД отражает позитивные (адаптивные, саногенетические) процессы, а когда свидетельствует о расстройстве в ВНС? Нам представляется, что главным критерием здесь может быть обратимость вегетативного дистонуса, что можно выяснить по показателю реактивности ВНС (РВНС).

Для проверки этого предположения мы поставили целью данного исследования – сопоставить реактивность ВНС с другими динамическими характеристиками здоровья школьников с астеническим синдромом на фоне лечения.

Материалы и методы. В исследование было включено 50 детей в возрасте от 7 до 14 лет с астеническим синдромом, подтвержденным как субъективными проявлениями (перманентный характер жалоб, визуальная аналоговая шкала), так и объективными данными (тест MFI-20, оценка РВНС, статус, показателями минутного объема циркуляции крови (МО). Участники исследования были разделены на две группы: группу I, в которой к проводимому лечению был добавлен препарат (Р), в состав которого входят холин, экстракт цветков лаванды, L-карнитин, коэнзим Q10, и группу II, где дети получали этио-патогенетическую терапию, не включавшую прием Р. Для динамической характеристики состояния ВНС фиксировалось изменение индекса Кердо на фоне функциональных нагрузочных проб.

Результаты. Динамическое наблюдение за результатами лечения по данным контроля за соматической и неврологической симптоматикой, психическими параметрами состояния показало, что в группе I эффект был выше, чем в группе II, и наибольшей сенситивностью отличались показатели РВНС и МОК (P <0,03E-16).

Заключение. Появление ВСД не обязательно свидетельствует о патологии, но непременно требует оценки с точки зрения диагностической значимости. При этом объективным показателем морбидного неблагополучия является нарушение РВНС, а выходом из него – тенденция к восстановлению РВНС.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У МАЛЬЧИКОВ ПРЕДПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВСТУПИТЕЛЬНОЙ КАМПАНИИ 2019 ГОДА

Пшеничная Е.В., Тонких Н.А.
Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, Украина

У современных подростков наблюдается очевидный рост заболеваемости практически по всем классам болезней, при этом 20 – 50% юношей имеют ограничения в выборе военных профессий.

Цель исследования: оценить состояние сердечно-сосудистой системы у мальчиков-подростков Донецкого региона по результатам вступительной кампании 2019 года.

Материал и методы: обследовано 87 мальчиков 15–16 лет, обратившихся в клинику для решения вопроса о возможности обучения в учреждении с высоким уровнем физической подготовки. Проведено комплексное обследование, включающее сбор анамнеза, общеклинические, лабораторные, инструментальные, статистические методы исследования.

Результаты. Субклинические формы сердечно-сосудистых заболеваний диагностированы у 31 (35,6%) подростков: у 3 (3,4%) чел. – метаболический синдром, у 6 (6,9%) чел. – патологическая геометрия миокарда, у 10 (11,%%) чел. – высокое нормальное артериальное давление (АД), у 12 (13,8%) чел. – нарушения сердечного ритма и проводимости (НРСиП). По результатам тредмилл-теста у 38 (43,7%) обследованных констатировано напряжение адаптации сердечно-сосудистой системы в виде патологической реакции гемодинамики на физическую нагрузку – 29 (33,3%) подростков, замедленного восстановления частоты сердечных сокращений (ЧСС) и АД – 27 (31,0%) пациентов, бессимптомные изменения сегмента ST выявлены у 8 (9,2%) детей, НРСиП – у 12 (13,8%) исследуемых, в том числе: у 1 чел. – преходящий феномен WPW, у 2 чел. – удлинение QTc от 480 мс до 520 мс, что потребовало дальнейшего дообследования, у 3 чел. диагностирована стабильная экстрасистолия напряжения с усилением эктопической активности во время физической нагрузки, у 6 чел. – атриовентрикулярные блокады I-II степени.

Выводы. Использование комплекса адекватных и информативных для оценки состояния сердечно-сосудистой системы методов обследования позволил выявить субклинические формы сердечно-сосудистой патологии у 35,6% мальчиков-подростков предпризывного возраста, в том числе различные нарушения сердечного ритма и проводимости у 13,8% обследованных.

Тредмилл-тест позволил оценить толерантность здоровых детей к физической нагрузке, определить риск развития неблагоприятных реакций сердечно-сосудистой системы во время физической нагрузки; выявить латентное нарушение ритма сердца и проводимости, составить индивидуальные рекомендации по оптимизации физической активности (тип, допустимая ЧСС, виды спортивных занятий) и выбору дальнейшей профессии.

ТРАНСФОРМАЦИЯ ДИАГНОЗА «СИНКОПЕ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ» (ОПЫТ КАФЕДРЫ ПЕДИАТРИИ ФИПО)

Тонких Н.А., Пшеничная Е.В., Бордюгова Е.В.
Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, Украина

Актуальность синкопальных состояний определяется их значительной распространенностью и высоким риском развития жизнеугрожающих ситуаций, как вследствие причинного фактора, так и условий, при которых возник обморок. В настоящее время у 26–60% пациентов установить точную причину синкопе не удается.

Цель: изучить структуру синкопальных состояний у детей Донецкого региона.

Методы: на клинической базе кафедры педиатрии ФИПО (отделение детской кардиологии, кардиохирургии и реабилитации ИНВХ им. В.К. Гусака) проведено обследование 254 детей 3–18 лет с обмороками неуточненного генеза. Помимо общеклинических исследований и сбора анамнеза, план обследования включал: стандартную ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД, тилт-тест, велоэргометрическую пробу с активным постнагрузочным ортостазом, эхокардиографию, триплексное сканирование сосудов головы и шеи. По показаниям проводили рентгенографию шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, электроэнцефалограмму с депривацией сна, фиброгастродуоденоскопию.

Результаты: у 144 (56,7%) детей диагностированы кардиоваскулярные синкопе. При этом структурная патология сердца выявлена у 6 (2,4%) чел., нарушения ритма и проводимости у 32 (12,5%) чел., из них: желудочковая экстрасистолия у 16 (6,3%) чел., синдром удлиненного интервала QT у 5 (2,0%) чел., АВ блокада 2 ст. у 2 (0,8%) чел., АВ блокада 3 ст. с асистолией желудочков до 6000 мсек у 1 (0,04%) чел., синдром слабости синусового узла у 4 (1,6%) чел., синдром WPW с приступами пароксизмальной наджелудочковой тахикардии у 4 (1,6%) чел. Вазовагальные синкопе (ВВС) диагностированы у 71 (28,0%) чел.: у 15 (21,1%) чел. кардиоингибиторный тип, у 25 (35,2%) чел. – вазодепрессорный тип, у 31 (43,7%) чел. – смешанный тип ВВС. Гемодинамически значимая извитость внутренних сонных артерий документирована у 35 (13,8%) детей. Краниовертебральная патология выявлена у 117 (46,1%) чел., из них: нестабильность шейного отдела позвоночника – у 97 (38,2%) чел., ротационный подвывих С1-С2 – у 6 (2,4%) чел., костные краниовертебральные аномалии – у 14 (5,5%) чел. У 12 (4,7%) детей возможной причиной синкопе явилась диафрагмальная грыжа. У 2 (0,8%) детей констатирована эпилепсия.

Выводы: синкопальные состояния у детей являются одним из проявлений различных по этиологии, патогенезу и прогнозу заболеваний, о которых следует помнить при проведении дифференциальной диагностики.

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Триль В.Е., Бурлуцкая А.В.
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБУЗ «ДГКБ г. Краснодара» Министерства здравоохранения Краснодарского края

Введение. Значимость нарушений ритма сердца (НРС) у детей определяется распространенностью, латентным течением и риском развития синдрома внезапной смерти.

Цель исследования: изучить структуру НРС у детей школьного возраста.

Материалы и методы: анализ медицинской документации (форма 003/у) 206 детей с НРС в возрасте от 7 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиологии ГБУЗ «ДГКБ г. Краснодара» МЗ КК за период 2018 гг. Пациенты разделены на 2 возрастные группы: группа 1(n=90) от 7 до 11 лет; группа 2(n=116) от 12 до 18 лет. Диагностическая программа: анализ жалоб, анамнестических, клинических данных, Холтер мониторинг ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ щитовидной железы с определением уровня тиреоидных гормонов.

Результаты. Наиболее частыми НРС у детей школьного возраста являются брадиаритмии – 18,4%, экстрасистолия – 14,2%, синдром слабости синусового узла (СССУ) – 8,2%, АВ-блокада различной степени градации – 7,1%. Синдромы предвозбуждения желудочков (синдром короткого интервала PQ, феномен/синдром WPW, синдром ранней реполяризации желудочков) – 4,7%, тахиаритмии – 3,4%. Наиболее редкими НРС являлись синдром удлиненного интервала QT и фибриляция предсердий – по 0,4%. Анализ половой структуры пациентов с НРС показал преобладание лиц женского пола в обеих группах: в группе 1 – 63,3% (n=57), в группе 2 – 70% (n=82). *При проведении ЭХО-КГ чаще* верифицировались малые аномалии развития сердца: дополнительные хорды левого желудочка: 63%(n=57) в группе 1 и 71% (n=82) в группе 2. Пролапс митрального клапана -18,8% (n=39), чаще он встречался в группе 2 – 12,6% (n=26). Аневризма межпредсердной перегородки у 4,5%(n=9), открытое овальное окно – 3,6% (n=7), врожденный порок сердца – 2,0%(n=4). Осложнения НРС в виде аритмогенной кардиомиопатии выявлены у 2,4 % (n=5) в группе 2. Патология щитовидной железы выявлена у 3,0% (n= 6)- *это девочки из 2 группы.*

Заключение. *Наиболее частыми НРС у детей школьного возраста являются брадиаритмии, экстрасистолия*, *СССУ* и АВ-блокада различной степени градации.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЯМИ

Усова Н.Э., Садыкова Д.И., Сластникова Е.С., Галимова Л.Ф.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Профилактика атеросклероза в настоящее время является одним из приоритетных направлений здравоохранения. В связи с этим особого внимания специалистов требуют дети с нарушениями липидного обмена. В то время, как механизмы повышения холестерина и его фракций достаточно исследованы и поддаются коррекции, вопрос прогнозирования риска развития атеросклероза остается открытым. В связи с особенностями патогенеза развития атеротромботических событий у данной группы пациентов представляется актуальным исследование системы гемостаза.

Цель исследования – определение изменения показателей коагулограммы у детей с дислипидемиями.

Материалы и методы. В исследование были включен 45 пациентов в возрасте от 1 до 18 лет. Пациенты были разделены на три группы: 1 – дети с диагнозом семейная гиперхолестеринемия согласно британским критериям (Simon Broom Registry) (17

детей); 2 – пациенты с повышенным уровнем общего холестерина и/или ЛПВП в крови, но не подходящие под британские критерии, с отягощенным анамнезом по сердечно-сосудистым заболеваниям (12 детей); 3 – здоровые дети (19 детей). Всем пациентам проводилось исследование липидного состава крови (общий холестерин, липопротеины высокой и низкой плотности, триглицериды) и коагулограммы.

Результаты. При проведении статистического анализа наблюдалось удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) у пациентов с повышенным уровнем холестерина крови. В первой группе АЧТВ составило 43,1±5,9 секунды (p<0,05), во второй группе – 42,1±6,3 секунды (p<0,05). В группе здоровых детей этот показатель составил 33,7±3,4 секунды, что достоверно ниже относительно исследуемых групп.

Заключение. Повышение АЧТВ зафиксированы у подавляющего большинства пациентов с дислипидемиями, как в группе больных семейной гиперхолестеринемией, так и в группе детей, имеющих промежуточные значения показателей липидограммы. В группе контроля АЧТВ в пределах нормы. Таким образом можно сделать вывод о наличии нарушений в системе гемостаза по гиперкоагуляционному типу у детей с дислипидемиями.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Черных Н.Ю., Тарасова А.А., Грознова О.С., Шигабеев И.М.
ОСП «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ, Москва
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава РФ, Москва

Data Scientist at Cisco, California, USA

Введение. Деформация миокарда – динамический показатель, оценивающий систолическую функцию сердца и позволяющий определять ее нарушения в ранние сроки. Однако нормативные значения деформации миокарда левого желудочка у детей и подростков остаются недостаточно изученными.

Цель исследования – изучить показатели деформации миокарда у здоровых детей и подростков.

Материалы и методы. Клинико-ультразвуковое исследование сердца было проведено 67 здоровым пациентам, среди которых 1-ю группу составили 30 детей в возрасте от 7 до 11 лет, 2-ю группу – 37 подростков от 12 до 17 лет. При ультразвуковом исследовании, проводимом на аппарате Toshiba Artida (Япония), в режиме 2D speckle-tracking **определялись** глобальные продольная, циркулярная и радиальная деформации миокарда левого желудочка и их скорости.

Результаты. Значения продольной деформации миокарда левого желудочка в 1-й группе колебались от -19,7 до -26,5%; радиальной – от 22 до 34%; циркулярной – от -21,3 до -32,8%. Скорости продольной деформации были в пределах от -0,69 до -0,73$с^{-1}$; радиальной – от 1,08 до 2,24 $с^{-1}$; циркулярной от -0,74 до -1,81$с^{-1}$. Во 2-й группе продольная деформация составляла от -19,4 до -29,4%; радиальная – от 20,4 до 42,2%; циркулярная – от -20,4 до -39,1%. Скорость продольной деформации была в пределах от -0,68 до -0,77$с^{-1}$; радиальной – от 1,09 до 2,69 $с^{-1}$; циркулярной – от -0,74 до -1,98$с^{-1}$. С возрастом пациентов отмечалось увеличение дисперсии показателей деформации, которая в 1-й группе составила 3–7%, во 2-й группе – 8–12%.

Заключение. Полученные результаты отражают динамические изменения показателей деформации миокарда левого желудочка в процессе роста и могут служить в качестве нормативных для детей и подростков.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ МИОКАРДИОДИСТРОФИЙ У ДЕТЕЙ

Шанова О.В., Володина И.В., Колесов Б.В.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск

Введение. Миокардиодистрофия (МКД) или «дистрофия миокарда» означает нарушения метаболизма в миокарде на биохимическом уровне, которые являются частично или полностью обратимыми при устранении вызвавшей их причины. К возможным триггерным факторам возникновения МКД у детей относятся заболевания самого миокарда, кроме того немаловажное значение имеет и сопутствующая экстракардиальная патология (инфекционные заболевания, патология щитовидной железы, нарушение обмена веществ).

Цель исследования – определение особенностей течения МКД при экстракардиальных заболеваниях.

Материалы и методы. Было обследовано 55 детей, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ГАУЗ АО ДГКБ г. Благовещенск. Средний возраст детей – 9,3±1,3. Гендерный состав был представлен следующим образом: мальчики (54,5%), девочки (45,5%). Дети были разделены на 3 группы: I группа – с патологией щитовидной железы (27,3%), II группа – с хроническими инфекционными заболеваниями (40%), III группа – с ожирением (32,7%). У всех детей на ЭКГ покоя определялись нарушения процессов реполяризации.

Результаты. Анализируя антенатальный анамнез, было выявлено, что достоверно чаще патологическое течение беременности 58,6% (p<0,05) отмечалось во II

группе (угроза прерывания (23,6%), преэклампсия (10,9%), хроническая герпетическая инфекция (12,7%). Более широкий спектр жалоб (кардиалгии, чувство нехватки воздуха, перебои в работе сердца) был представлен у детей с ожирением в III группе (p<0,05) Распространенный характер нарушений процессов реполяризации достоверно чаще встречался так же у детей с нарушением обмена веществ (32,7%) (p<0,05). 61,8% всех обследуемых детей имели различные нарушения ритма сердца и проводимости. В I группе достоверно чаще встречалась тахикардия (p<0,05) на фоне нарушения функции щитовидной железы. Следует отметить, что с увеличением степени выраженности обменных нарушений в миокарде возрастает число нарушений ритма и проводимости. Корреляционная связь составила: r=0,61, что соответствует среднему значению. По данным ЭХОКГ только в группе с ожирением отмечалось снижение сократительной способности миокарда.

Заключение. На основании изложенных фактов представляется актуальным проведение комплексного исследования кардиогемодинамических параметров и лечения пациентов с вторичными поражениями миокарда.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ

Шанова О.В., Ермолаева Д.В., Цыдендамбаева С.З.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск

Введение. Синдром вегетативной дисфункции (СВД) является полиэтиологичным синдромом, обусловленным нарушением регуляции всех органов и систем организма. На его развитие могут оказывать влияние различные биологические и социальные факторы риска (ФР).

Цель исследования – изучение роли факторов риска в развитии вегетативных нарушений у детей и подростков.

Материалы и методы. Исследование включало 41 ребенка (14±1,9 лет), находившихся на лечении в педиатрическом отделении ГАУЗ АО ДГКБ г.Благовещенска. Состояние вегетативной нервной системы определяли по опроснику А.М. Вейна (1998), 15 и более баллов свидетельствует о вегетативной дисфункции. При проведении исследования дети были разделены на 3 группы, в зависимости от количества факторов риска (всего было учтено 11 социально-биологических факторов риска).

Результаты. В I группе (34% детей) встречалось от 0 до 3 факторов, во II группе (49% детей) – от 4 до 6 и в III группе (17% детей) – от 7 и более. По результатам опросника А.М. Вейна в I группе средний уровень вегетативных изменений составил 19,9±1,75 баллов, во II группе – 27±1,97 баллов, в III группе – 32±2,65 баллов. При сравнении выраженности вегетативной дисфункции в зависимости от числа ФР отмечается достоверное ее нарастание в зависимости от количества ФР: I и II группы p<0,05, I и III группы p<0,001. Кроме того, достоверной является корреляция между количеством ФР и количеством баллов вегетативных изменений: с увеличением количества ФР увеличивается степень выраженности вегетативных нарушений (r=0,67; p=0,005). Сравнительная оценка показателей вегетативной реактивности (ВР) позволила выявить патологические изменения, свидетельствующие о нарастании вегетативного дисбаланса (в I группе преобладает нормальная ВР (57%), во II и III – патологическая (65% и 85%, соответственно), при этом отмечается высокая корреляционная зависимость между показателями I и III групп (r=0,9).

Заключение. Анализ полученных результатов показал, что у пациентов с СВД по мере увеличения количества факторов риска нарастает вегетативный дисбаланс: увеличивается степень выраженности вегетативных изменений, нарушается надсегментарный контроль вегетативного реагирования. Указанные изменения могут приводить к напряжению регуляторных систем и истощению адаптационных возможностей организма.

ИЗМЕНЕНИЯ НИЗКОАМПЛИТУДНЫХ КОЛЕБАНИЙ КАРДИОЦИКЛА ПОД ВЛИЯНИЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ.

Шумов А.В., Бабикова И.В., Фомкина И.А., Мельникова Г.Н., Алексина Ю.А., Шумова А.А., Макарова В.И.
ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет МЗ РФ, Архангельск.
ФГБУЗ «Северный медицинский клинический центр им. Н.А.Семашко» ФМБА РФ, Архангельск

Введение: достижение высоких результатов в спорте зависит от эффективности тренировочного процесса. Высокая интенсивность тренировок сверх физиологической нормы приводит к напряженности адаптационных механизмов, которые обусловлены функцией сердечно-сосудистой системы. Динамическое использование методики функционального скринингового обследования детей, занимающихся спортом, позволит уточнить напряженность адаптационных механизмов, выявить риски развития патологических процессов.

Цель исследования: выявить ранние функциональные изменения сердечно-сосудистой системы у детей, занимающихся спортом, с помощью прибора Кардиовизор-06с после теста с физической нагрузкой.

Материалы и методы. Были сформированы 2 группы: 1 группа – 34 ребенка в возрасте от 12 до 18 лет, занимающихся различными видами спорта. Все дети прошли медицинский осмотр, имели 1 группу здоровья и допущены к тренировочно-соревновательному процессу. 2 группа – группа контроля, включающая 30 детей в возрасте от 12 до 18 лет, не занимающихся спортом, имеющих 1 группу здоровья. Всем детям проведено обследование на системе Кардиовизор 06-с до и после теста с физической нагрузкой (20 приседаний).

Результаты: у детей 1 группы в 73% случаев были выявлены нарушения процессов деполяризации в миокарде правого предсердия после теста с физической нагрузкой, в то время как во 2 группе нарушения наблюдались в 46,6% ($p < 0,05$, $x^2=4,831$). Нарушения процессов реполяризации в миокарде правого желудочка после теста с физической нагрузкой были выявлены в 76% случаев у детей 1 группы по сравнению с детьми 2 группы (33,3%; $p<0,01$, $x^2=12,051$). Нарушения процессов реполяризации в миокарде левого желудочка после теста с физической нагрузкой выявлялись чаще у детей 1 группы, чем 2-й (68% и 20% соответственно; $p<0,01$, $x^2=14,601$).

Заключение: возникающие отклонения в миокарде у детей, занимающихся спортом, могут свидетельствовать о возможных рисках развития нарушений ритма сердца.

Раздел 6
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

СИНДРОМ ФЕЛАН МАКДЕРМИД, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ДУПЛИКАЦИЕЙ ГЕНА *SHANK3,* У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДВУХ СЛУЧАЕВ.

Булатникова М.А.[1], Василишина А.А.[1], Котелевская А.О.[1], Куринная О.С.[2,3], Ларионова В.И.[4]

[1]Медицинский центр "Покровский" ООО "ПБСК", Санкт-Петербург

[2]Обособленное структурное подразделение «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва

[3]ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

[4]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

Мутации генов семейства *SHANK*, кодирующих каркасные белки глутаматэргических рецепторов, являются причиной широкого спектра психических расстройств аутистического спектра, умственной отсталости, психотических нарушений, включая классические эндогенные психозы: шизофрения и биполярные расстройства. Наиболее изученными являются заболевания, ассоциированные с геном *SHANK3*, локализованном в 22q13. Делеция и дупликация гена обуславливают развитие синдрома Фелан МакДермид, характеризующегося задержкой психомоторного (ЗПМР) и психоречевого развития (ПРР) с тяжелой умственной отсталостью и расстройством аутистического спектра. Описаны также точковые мутации гена *SHANK3* при синдроме Фелан МакДермид. Особенностью заболевания является возможность регресса части речевых навыков в возрасте 4–5 лет, характерны также макросомия, глубоко посаженные глаза, уплощение лица, бульбообразный нос. Мы представляем пациентов с синдромом Фелан МакДермид.

1й случай. Девочка 5 лет – доношенный ребенок от первой беременности наблюдалась в неврологическом отделении. С 1-го года выявлена ЗПМР, мышечная гипотония, расцененные как последствия перинатального поражения ЦНС. При осмотре определен умеренно-выраженный макросоматотип при пропорциональном телосложении; МАР: крупный бульбообразный нос, уплощение лица, удлиненный фильтр, а также стереотипии (хлопанье в ладоши, кружение), отсутствие речи, легкая атаксия. Обращает на себя внимание приподнятый фон настроения ребенка. В связи с предположением диагнозов синдромов Фелан МакДермид и 1p36 была предложена диагностика методом MLPA. Синдром Фелан МакДермид (дупликация гена *SHANK3*) подтвержден.

2й случай. Девочка 16 лет – ребенок от 2ой беременности, срочных родов при слабой родовой деятельности, старшая сестра здорова. При рождении масса тела – 4100г, рост 52 см. Развивалась с опережением роста и веса при пропорциональном телосложении. До 4х лет развивалась по возрасту, затем обращено внимание на инфантильность в поведении и задержку ПРР. С возраста 7ми лет обучалась в школе по обычной программе, а во 2ом классе переведена в коррекционную школу. При осмотре: макросомия с пропоциональным телосложением, густые волосы, крупные черты лица, глубоко посаженные глаза, бульбообразный нос, умеренное уплощение лица. В возрасте 15 лет выявлены аменорея и аденома гипофиза; наблюдались эпизоды аутоагресии. При обследовании в психиатрическом стационаре установлен диагноз: «бредовое (шизофреноподобное) расстройство» на резидуально-органическом фоне. По данным МРТ значимых изменений головного мозга органического характера не обнаружено. Молекулярным кариотипированием выявлены вариации числа копий последовательности ДНК (CNV) хромосомы 22 (q13.33) при дупликации с геномными координатами 51,103,945–51,120,080, затрагивающей первые семь экзонов гена *SHANK3.*

С учетом наличия симптомокомплекса, характерного для синдромов, связанных с геном *SHANK3,* был сделан вывод о наличии взаимосвязи между фенотипом и выявленными CNV. Сделать определенный вывод о CNV как единственной причине болезни нельзя, поскольку невозможно исключить точковые мутации и влияние факторов внешней среды. Вариации числа копий последовательностей ДНК, затрагивающие один или несколько экзонов гена *SHANK3,* требуют дальнейшего изучения.

ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ КОРЯЖМА

Буробина А.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Кафедра медицинской генетики, Москва

Фенотипическими маркерами неблагоприятного влияния факторов окружающей среды на человека являются врожденные пороки развития.

Врожденные морфогенетические варианты (ВМГВ) может являться унаследованным морфогенетическим вариантом нормы, либо отражать небольшое случайное отклонение в гомеостазе эмбрионального развития (онтогенетический шум), но может быть также и неспецифическим признаком эмбрионального дисморфогенеза (например, тератогенное повреждение клеток) или частью общего патологического фенотипа, обусловленного мутацией.

Целью данного исследование было проведение анализа ВМГВ у детей, проживающих в г.Коряжма,

по материалам экспедиционных исследований сотрудников кафедры медицинской генетики Сеченовского Университета.

Проводился анализ ВМГВ по «Картам фенотипа», которые заполнялись врачами при осмотре детей. Карта фенотипа включала 87 признаков, 86 у девочек, 87 у мальчиков 87 (шалевидная мошонка регистрировалась только у мальчиков). Таким образом был проведен анализ ВМГВ среди 491 ребенка, из которых 244 мальчики и 247 девочек.

Результаты. Число ВМГВ у одного ребенка варьировало от 0 до11, у 97% детей присутствует 1 и более ВМГВ, тогда как только у 3% детей не выявляются ВМГВ.

Среднее число ВМГВ на одного ребенка составило 4,56: для мальчиков – 4,54; для девочек – 4,57; для мальчиков с учетом всех 87 признаков – 4,68. Среднее число ВМГВ на одного ребенка в городах РФ варьирует от 1,8 (Плавск) до 4,54 (Чапаевск).

Распределение детей по среднему числу ВМГВ, не выявило достоверные различия, между мальчиками и девочками. Наиболее часто встречаются следующие признаки: у девочек голубые склеры, эпикант, клинодактилия, высокое небо, диастема, аномальный рост зубов, сандалевидная щель; у мальчиков голубые склеры, эпикант, шалевидная мошонка, клинодактилия, высокое небо, аномальный рост зубов, сандалевидная щель.

Метод учета ВМГВ можно использовать как при клинических, так и популяционных исследованиях, так как он сочетает в себе возможность комплексной оценки мутагенных и тератогенных эффектов, а также имеет большое значение для оценки состояния здоровья детского населения.

ЦИТОГЕНОМИКА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ФОРМ АУТИЗМА И УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Ворсанова С.Г.[1,2], Куринная О.С.[1,2], Демидова И.А.[1,2], Кравец В.С.[1,2], Колотий А.Д.[1,2], Зеленова М.А.[1,2], Васин К.С.[1,2], Юров И.Ю.[1,2,3]

[1]Обособленное структурное подразделение «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва

[2]ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

[3]ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

Недифференцированные формы аутизма и умственной отсталости относятся к распространенным заболеваниям центральной нервной системы. Частота аутизма варьирует как в разных странах, так и по оценкам разных авторов и составляет от 5 до 90 на 10000 детского населения. Умственная отсталость, является одной из самых распространенных групп заболеваний, связанных с нарушениями функционирования головного мозга, частота – примерно 3% в общей популяции. У 70% детей с аутизмом наблюдается умственная отсталость.

Геномные нарушения выявляются с высокой частотой у этих детей. Выявлены как видимые под микроскопом хромосомные аномалии, так и вариации числа копий последовательности ДНК. Идентификация генов, влияющих на фенотип, позволяет определить механизм нарушения развития головного мозга. Сканирование генома, основанное на сравнительной геномной гибридизации (arrayCGH) с биоинформатическим анализом, позволяет установить точки разрыва при микроперестройках хромосом, гены и процессы-кандидаты, связанные с механизмами нарушения головного мозга.

Целью исследования явилась оценка эффективности молекулярной диагностики с помощью цитогенетических, молекулярно-цитогенетических и биоинформатических технологий у детей с недифференцированными формами аутизма и умственной отсталости. Исследовались клетки крови 138 детей с недифференцированным аутизмом с умственной отсталостью и МАР от 1 года 11 месяцев до 17 лет (средний возраст 9,5 лет). Цитогенетическим анализом обнаружено 11 случаев хромосомных аномалий (8,0%), 13 – хромосомной нестабильности (9,4%). При молекулярном кариотипировании (arrayCGH) у 130 из 138 пациентов (94,2%) были выявлены различные перестройки генома: несбалансированные аномалии выявлены у 36 пациентов (26,1%), геномная/хромосомная нестабильность – у 1 (0,7%), вариации числа копий последовательностей ДНК (CNV) – у 75 (54,3%), интрагенные вариации – у 14 (10,2%), сегментные потери гетерозиготности (униларентальная дисомия) – у 4 (2,9%). Исследовались также клетки крови 375 детей с недифференцированными формами умственной отсталости и микроаномалиями развития от 3 месяцев до 17 лет (средний возраст 4г 8мес). Цитогенетическим методом обнаружено 56 случаев хромосомных аномалий, что составило 14,9%, в 19 случаях выявлена хромосомная нестабильность (5,1%). Методом молекулярного кариотипирования у 354 из 375 детей (94,4%) выявлены различные перестройки генома. Несбалансированные геномные аномалии выявлены у 127 пациентов (33,9%), CNV – у 170 (45,3%), интрагенные вариации – у 51 (13,6%), сегментные потери гетерозиготности – у 6 (1,6%).

Обнаружены вариации числа копий последовательностей ДНК в виде делеций генов, например, гена *FOXK1*, локализованного в коротком плече хромосомы 7 (7p22.1). Ранее ген *FOXK1* был ассоциирован с повышенной экспрессией в нервных клетках и с вовлечением в геномную цепочку регуляции пролиферации клеток. Совокупность полученных био-

информатических данных позволяет сделать вывод о том, что мутации в гене *FOXK1* могут приводить к нарушениям психики, а вывод о том, что он является геном-кандидатом аутизма и умственной отсталости, является обоснованным.

Молекулярное кариотипирование с биоинформатическим анализом необходимо для эффективного обследования представленных детей с целью диагностики и определения принципов персонализированной (геномной) терапии.

ГЕНЕТИКА ОЧАГОВЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Герасимов А.П.[1,2], Иванова Н.Е.[3], Хачатрян В.А.[1], Одинцова Г.В.[3]
[1]ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург
[2]ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург
[3]«РНХИ имени проф. А.Л. Поленова» – филиал ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

С генетической точки зрения эпилепсия является мультифакторным заболеванием. При исследовании физиологических основ эпилептогенеза необходимо учитывать генетику ионных каналов и насосов, рецепторов, медиаторного обмена, глиального аппарата, дифференцировки и миграции нейронов, а также эпилептологические аспекты других наследственных болезней обмена. При этом в большинстве случаев генетическая эпилепсия рассматривается как генерализованная.

Анализ базы данных OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) в состоянии на май 2019 года, а также данные клинического и молекулярно-генетического обследования пациентов, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в НМИЦ им. В.А. Алмазова по поводу эпилепсии показывает следующее: эпилептогенный субстрат может быть связан с мутациями в генах ростовых факторов и факторов дифференцировки. Так, гены *TSC1* и *TSC2*, традиционно ассоциирующиеся с туберозным склерозом, также связаны с развитием фокальной кортикальной дисплазии II типа (Lim et al., 2017). Функционирование эпилептического очага может быть связано с наличием наследственно обусловленной фокальной эпилепсии (включая 8 семейных форм фокальной височной эпилепсии), локальными прижизненными мутациями (тканевой мозаицизм), локальными изменениями функции генов, включая локальные изменения продукции белков, связанных с эпилептогенезом, а также локальные изменения метаболизма (эпигенетические факторы).

Исследования по фармакогенетике эпилепсии в настоящее время направлены на определение мишеней для эффективной терапии. При хирургическом лечении эпилепсии необходимо оценить вероятный прогноз оперативного вмешательства и реабилитационный потенциал с учетом имеющихся генетических данных. Генетически обусловленные состояния являются хроническими, но лечебно-реабилитационные мероприятия могут существенно модифицировать эффект действия генов.

Таким образом, фокальные формы эпилепсии, в т.ч. подлежащие хирургическому лечению, могут быть обусловлены генетическими факторами. Необходимо расширение объемов диагностики на догоспитальном и послеоперационном этапах. Лечебно-реабилитационный прогноз при эпилепсии определяется в значительной степени генетическим контекстом.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ

Герцик Н.Э.[1], Мартынович Н.Н.[1], Кононенко М.И.[2]
[1]ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск
[2]ОГАУЗ ГИМДКБ, Иркутск

Введение. Одна из серьезных медикосоциальных проблем – генетическая патология у детей. Занимает и удерживает лидирующие позиции в структуре причин перинатальной, неонатальной, младенческой заболеваемости, инвалидности и смертности.

Цель исследования – оценка частоты встречаемости и особенности анамнестических данных пациентов с генетической патологией.

Материалы и методы. Проведен очный осмотр и ретроспективный анализ учетных форм № 003/у 4204 пациентов в отделении хирургии № 2 для новорожденных и недоношенных детей ОГАУЗ ГИМДКБ с января 2013 года по декабрь 2018 года. Возрастная группа от 0 до 4 месяцев.

Результаты. Среди 4204 пациентов генетический синдром заподозрен у 64 (1,5%). После выписки из стационара рекомендовано уточнение диагноза у генетика. Диагностированы у 28 детей генетические синдромы: болезнь Дауна (53,5%), муковисцидоз (17,5%), синдром Эдвардса (11,5%) и единичные синдромы: Денди-Уокера, Франчискетти, Ди Джори, Ангиоматоз Штурге Вебера, полисомия 48XXX. Генные и хромосомные мутации выявлены в 86 % . В 100% случаев определены врожденные пороки развития (ВПР): атрезия двенадцатиперстной кишки 10 (35%), кольцевидная поджелудочная железа – 2 (7%), атрезия ануса – 2 (7%), единичные случаи атрезии пищевода, Дивертикула Меккеля, кишечной непроходимости. ВПР сердца: ДМЖП – 4 случая, ООО – 4, ДМПП – 5 , ОАП – 6. ВПР ОМС – 2 детей, ВПР ЦНС – 4, ВПР легких в виде ателектаза – 2, лейкемоидной реакции в сочетании с болезнью Дауна – 2.

Отягощенный генеалогический анамнез 7 % случаев, вредные привычки имели 21 % родителей. Выявлен один близкородственный брак. Возраст 75 % матерей – старше 30 лет, 46% отцов старше 40. В 35% случаев беременность протекала с осложнениями: 5 – угроза прерывания беременности на разных сроках, 6 – многоводие, 4 – токсикоз. 14 % матерей имели выкидыши в анамнезе. Преждевременные роды отмечены у половины матерей, каждый 4-й ребенок родился с массой тела до 2000г.

Заключение. В случае неблагоприятного акушерского анамнеза всем беременным необходимо проведение пренатальной УЗИ-диагностики в родовспомогательных учреждениях III уровня. Важен тщательно собранный семейный анамнез с информацией обо всех случаях генетической патологии в 3 предшествующих поколениях, данные об этническом происхождении и близкородственных браках.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЯДА МУТАЦИЙ ГЕНА МУКОВИСЦИДОЗА У ПАЦИЕНТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Горинова Ю.В., Савостьянов К.В., Пушков А.А., Симонова О.И.
ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ, Москва

Введение. Муковисцидоз (МВ)- аутосомно-рецессивное моногенное наследственное заболевание, характеризующееся поражением всех экзокринных желез, а также жизненно важных органов и систем. Исследование мутаций в гене МВ позволяет выявлять различные клинико-патологические особенности, которые связаны с соответствующими молекулярно-генетическими изменениями.

Цель исследования**.** Выявить корреляции между мутациями гена МВ и клиническими проявлениями болезни.

Материалы и методы. В исследование включено 175 пациентов в возрасте от 5 месяцев до 17 лет с клинической картиной МВ, госпитализированных в Клинику НИИ Педиатрии в 2013–2018 гг. Пациентам проводилось секвенирование нового поколения. Все выявленные варианты гена МВ были описаны согласно номенклатуре HGVS с учетом принятых рекомендаций**.** Анализировали наличие/отсутствие дебюта болезни в виде развития мекониевого илеуса. Определяли наличие/отсутствие панкреатической недостаточности. Тяжелая степень панкреатической недостаточности диагностировалась в случае снижения содержания панкреатической эластазы-1 в кале менее 50 мкг/г. Поражение печени в виде цирроза определялось с помощью аппарата Фиброскан-502 (метод фиброэластометрии, шкала METAVIR F0-F4). Наличие цилиндрических бронхоэктазов и полипозного пансинусита изучалось с использованием мультиспирального компьютерного томографа Discovery CT750 HD (General Electric). Спирометрию проводили на аппарате Master Screen (Cardinal Health) в соответствии с рекомендациями Американского торакального и Европейского респираторного обществ.

Результаты. У обследованных 175 пациентов было выявлено 65 вариантов мутаций, при этом 13 ранее не были описаны. Наиболее частые мутации, встречающиеся в данной группе: c.1521_1523del (38%), c.1545_1546del (7.7%). c.274G>A (6.28%), c.54–5940_273+10250del21kb (5.4%). Показано, что мутация c.1545_1546del, p.Y515*, обнаружена в подавляющем большинстве случаев у детей чеченской народности $p<0,01$; OR 139 [95% ДИ 15–1257]. Выявлено, что наличие мекониевого илеуса, панкреатическая недостаточность и цирроз печени чаще определялись у пациентов с первой категорией патогенности: OR 3.9 (95% CI 1.0–15.0), 4.4 (95% CI 1.8–11.1) и 351 (95% CI 17.5–7,046) соответственно. Корреляции класса мутации с развитием бронхоэктазов и назального полипоза не установлено.

Заключение**.** Установлена корреляция между генотипом и клиническими манифестациями МВ у пациентов с первым классом патогенности мутаций гена МВ.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОГО АЛЛЕЛЬНОГО ВАРИАНТА ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИКРОЦЕФАЛИИ С СУДОРОГАМИ И АТРОФИЕЙ МОЗГА И МОЗЖЕЧКА (OMIM:615760).

Гусева Д.М., Дадали Е.Л.
ФГБНУ МГНЦ им. Н.П. Бочкова Минобрнауки России, Москва

Введение. Прогрессирующие микроцефалии (ПМ)– группа генетически гетерогенных заболеваний, характеризующихся прогрессирующим уменьшением окружности головы более 2 SD. Одним из редких вариантов ПМ является прогрессирующая микроцефалия с судорогами и атрофией головного мозга и мозжечка (ПМСА) с аутосомно-рецессивным типом наследования, обусловленная мутациями в гене *QARS* на хромосоме 8p23.1.

Цель исследования. Описание особенности клинических ПМСА, обусловленной ранее не описанной миссенс-мутацией c. 1574G>A в гомозиготном состоянии в гене *QARS*.

Материалы и методы. Для уточнения диагноза проведен генеалогический анализ, неврологический осмотр, МСКТ головного мозга, полноэкзомное секвенирование на секвенаторе IlluminaNextSeq 500 методом парно-концевого чтения (2*75п.о), сегрегационный анализ методом секвенирования по Сэнгеру.

Результаты. Под нашим наблюдение находился пробанд мужского пола в возрасте 2х лет и 2х месяцев. Ребенок рожден от физиологически протекавшей беременности, в браке троюродных сибсов. Вес при рождении составлял 2500 грамм, длина 48 см, окружность головы 31 см, оценка по АПГАР 7/8 баллов. В первые сутки жизни у ребенка возникли генерализованный судорожный пароксизм, который был с трудом купирован противоэпилептическими препаратами. С первых месяцев жизни отмечалась грубая задержка раннего моторного и психо-речевого развития и фармакорезистентные судороги. При осмотре выявлена выраженная микроцефалия и спастический тетрапарез. На МСКТ головного мозга – выраженные атрофические изменения коры головного мозга. На ЭЭГ сна – паттерн типичной гипсаритмии. При проведении полноэкзомного секвенирования выявлена ранее не описанная миссенс-мутация в гомозиготном состоянии в гене *QARS* (chr7:49136817C>T), приводящий к замене аминокислоты в 525 позиции белка (p.Arg525Cln). Мутация не зарегистрирована в контрольных выборках «1000 геномов», ESP650, ExAC. При валидации выявленного варианта по Сенгеру: у пробанда подтвержден вариант в гомозиготном состоянии, а у родителей в гетерозиготном состоянии.

Заключение: Представлено описание нового аллельного варианта ПМСА. Показано, что клинические характеристики больного полностью соответствуют таковым у 10 ранее описанных больных с мутациями в гене *QARS*.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ (ПО ДАННЫМ МОНИТОРИНГА ВПР)

Демикова Н.С., Подольная М.А., Лапина А.С.
НИКИ педиатрии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Введение. В настоящее время регистры врожденных пороков развития (ВПР) являются единственными источниками данных по распространенности пороков развития. Длительный учет случаев ВПР в регистрах, организованных на популяционной основе, позволяет получать базовые оценки частот, присущие каждому конкретному региону.

Цель исследования. Оценить популяционные (базовые) частоты ВПР в регионах РФ и их динамику за период с 2011 по 2017 годы.

Материалы и методы. В анализ взяты данные 23 регионов РФ, участвующих в течение длительного времени в мониторинге ВПР. Учет ВПР проводится среди живорожденных, мертворожденных детей и плодов с пороками развития, выявленными пренатально. Всего за 2011–2017 годы в 23 регионах зарегистрировано 27623 случая ВПР из группы обязательного учета (20 форм ВПР и синдром Дауна). Всего рождений – 3285362.

Результаты. В 23 регионах суммарная частота ВПР обязательного учета составила 84,08 на 10000 рождений. Межрегиональные колебания частоты в диапазоне от 51,15/10000 (ХМАО) до 119,6/10000 (Красноярский край). Суммарная частота ВПР по 23 регионам в 2011 году составила 78,63/10000, а в 2017 году – 98,89/10000. Наблюдается незначительный положительный тренд, что скорее всего связано с повышением уровня выявления и регистрации ВПР в регионах. Получены оценки частот отдельных нозологических форм ВПР как в целом по РФ, так и в регионах. В структуре ВПР самую большую долю составляют пороки сердечно-сосудистой (34%), костно-мышечной (20%) и мочеполовой (17%) систем.

Заключение. Эпидемиологические регистры ВПР обеспечивают слежение за частотой и динамикой частоты ВПР во времени, межрегиональный сравнительный анализ, а также позволяют оценить влияние профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня ВПР в популяции.

БЫСТРАЯ ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МУКОВИСЦИДОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ В ХМАО-ЮГРЕ

Донников М.Ю[1,2]., Мещеряков В.В[1]., Сацук Н.А[3]., Колбасин Л.Н[1,2]., Коваленко Л.В [1,2].
[1]БУ ВО ХМАО-Югры Сургутский государственный университет
[2]БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут
[3]БУ ХМАО-Югры «Нижневартовская окружная клиническая больница»

Введение. Проведение неонатального биохимического скрининга муковисцидоза в РФ с 2006 г. радикально улучшило доклиническую диагностику заболевания. Новые методы генетической диагностики позволяют выявить любые мутации в гене *CFTR*. Однако, использование секвенирования нового поколения занимает продолжительный срок, особенно для детей из регионов РФ.

Цель исследования – использование комбинации молекулярно-генетических методик для максимально раннего определения мутаций в гене *CFTR* у детей, родившихся в ХМАО-Югре за период 2016 – 2018 гг., на уровне региональной генетической лаборатории.

Материалы и методы. Геномная ДНК из 450 образцов сухих пятен крови выделена колоночным методом. ПЦР с последующим HRM-анализом кривых плавления 27 экзонов и экзон-интронных границ гена *CFTR* проведена на оборудовании с ПО Bio-Rad (амплификатор CFX96, Precision Melt Analysis). Секвенирование по Сэнгеру и MLPA проведены на генетическом анализаторе GenomeLab GeXP (Beckman-Coulter).

Результаты. Изучены 450 образцов гДНК у детей с положительным ретестом ИРТ и подозрением на МВ. Первый этап – тестирование 8 частых региональных мутаций в гене *CFTR* выявило 75% мутаций, затем HRM-сканирование всех экзонов гена позволило выделить образцы с подозрением на вторую мутацию. Селективное секвенирование по Сэнгеру экзонов с отклоняющимися от контрольных паттернов плавления и MLPA для детекции делеций в гене позволили обеспечили 100% уровень выявления мутаций. В итоге выявлены 30 носителей с одной мутацией и 17 детей с двумя мутациями в гене *CFTR*. Выявленные мутации с частотами: 1) delF508 – 64,0% от всего числа мутантных аллелей; 2) E92K – 6,1%; 3) del21kb – 4,7%; 4) L138ins, L467F, 1677delTA, R1066C – по 3,1%; 5) 175delC, 621+1G>T, L218X, R347H, G542X, 2143delT, R1070W, W1282X – по 1,6%.

Заключение. Использование предложенной комбинации методик позволило в кратчайший срок (3 – 4 рабочих дня) уже на уровне региональной МГК полностью охарактеризовать мутационный статус гена *CFTR,* что позволило вовремя поставить диагноз МВ и рано начать комплексную симптоматическую терапию в раннем неонатальном периоде.

ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕНОМНЫХ СЕТЕЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ МОЗГА У ДЕТЕЙ

Зеленова М.А.[1,2], Ворсанова С.Г.[1,2], Юров Ю.Б.[1,2], Васин К.С.[1,2], Куринная О.С.[1,2], Гладышева-Азгари М.В.[1], Юров И.Ю.[1,2,3]

[1]ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва
[2]Обособленное структурное подразделение «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва
[3]ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

Генетические исследования болезней мозга (аутизм, умственная отсталость) позволили выявить большое количество геномных изменений, ассоциированных с данными заболеваниями. Однако, воспроизводимость результатов о вкладе отдельных геномных перестроек в болезни мозга не высока. Сравнительно недавно было продемонстрировано, что гены, ассоциированные с заболеваниями мозга у детей, чаще всего вовлечены в общие биологические (молекулярные) процессы. Это позволило рассматривать геномные вариации не изолированно, а в рамкахих взаимодействия с другими вариациями (в контексте «варием»). Более того, в настоящее время для понимания механизмов заболевания значимы не столько гены, вовлеченные в вариацию, сколько процессы-кандидаты, измененные за счет геномных нарушений. Применение различных стратегий приоритизации, ранжирования, составления интерактома и выявления геномных сетей-кандидатов дает возможность определить молекулярные процессы, изменение которых ассоциировано с умственной отсталостью и аутизмом. Исследования указывают на особую роль таких процессов и кластеров процессов как «сигнальный путь MAPK», «кальций-PRC-Ras-Raf-MAPK/ERK», «цикл деления клетки», «транспорт, опосредованный везикулами/транспорт катионов», «синаптическая передача/передача сигнала/фосфорилирование». В настоящей работе при исследовании геномов 191 ребенка было показано, что недифференцированная умственная отсталость и аутизм ассоциированы с нарушением 13 кластеров процессов (геномных сетей): «нейродегенерация», «функционирование актина», «функционирование протеасомы», «сигнальный путь ERBB», «регуляция транскрипции», «сигнальная сеть TP53», «сигнальная сеть Notch», «старение», «митотическое деление клетки», «репарация ДНК», «функционирование везикул», «макромолекулярные взаимодействия», «B-лимфоциты». Выявление геномных сетей-кандидатов открывает возможности для понимания молекулярных механизмов, приводящих к аутизму и умственной отсталости у детей. Анализ геномных сетей показал, что они являются более удобными мишенями, чем отдельные гены. Определение геномных сетей, лежащих в основе заболеваний головного мозга, может способствовать разработке адекватных стратегий лечения.

СИНДРОМ МИКРОДЕЛЕЦИЯ 17Q11.2 У РЕБЕНКА С ЗАДЕРЖКОЙ РАЗВИТИЯ, ЭПИЛЕПСИЕЙ И ЛИЦЕВЫМИ ДИСМОРФИЯМИ

[1,2]Кожанова Т.В., [1,2]Жилина С.С., [1]Мещерякова Т.И., [1]Осипова К.В., [1]Айвазян С.О., [1,2]Притыко А.Г

[1]ГБУЗ «НПЦ спец.мед.помощи детям ДЗМ», Москва, Россия;
[2]ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва, Россия

Хромосомные аномалии являются одной из причин, приводящих к задержке физического развития, эпилепсии и умственной отсталости. В последнее десятилетие наблюдается рост числа сообщений о вкладе хромосомных микроперестроек в патогенез неврологической патологии, что обусловлено активным внедрением технологии молекулярного кариотипирования. Клиническое наблюдение – девочка, 1 г.8 мес с диагнозом: ДЦП, атонически-астатическая форма. Эпилепсия, вероятно, генетическая генерализованная с инфантильными спазмами, фармакорезистентное течение. Состояние кетоза на фоне кетогенной

диеты. Задержка психомоторного и речевого развития. Ребенок от II беременности, протекавшей без особенностей. Экстренные оперативные роды на 32 неделе гестации. Масса при рождении 1720 г., длина 40 см. По шкале Апгар 5/7 баллов. Состояние при рождении тяжелое (ИВЛ 8 суток), ВЖК I степени. Дебют приступов в возрасте 3-х мес. по типу инфантильных спазмов, в динамике нарастало их количество и интенсивность (до 250 спазмов в сутки). Отсутствие эффекта на фоне приема АЭП. Учитывая фармакорезистентное течение эпилепсии, в терапию введен метод кетогенной диеты 3:1.Терапевтическая эффективность – уменьшение количества приступов на 50%. Фенотипические особенности: задержка физического развития (1г 8 месяцев – масса 7 кг, рост 71,5см). Осмысленный контакт затруднен. Интерес к окружающему снижен. Взгляд кратковременно фиксирует. Постоянно издает поющие звуки. Эмоции бедные. Целенаправленных движений нет. Стереотипии. Спонтанная двигательная активность симметрична. Узкий лоб с выступающим метопическим швом, монголоидный разрез глаз, выступающая переносица, треугольное лицо, узкий подбородок. Проведенные исследования: полноэкзомное секвенирование – выявлен ранее не описанный гетерозиготный вариант нуклеотидной последовательности в 3 экзоне гена *CHAMP1* (Arg272Trp), мутации в котором ассоциированы с развитием умственной отсталости, 40 тип (MIM# 616579). Мутация валидирована у пробанда и исследовано ее происхождения. Аналогичная нуклеотидная замена выявлена у здорового отца пробанда. Т.к. на основании результатов ПЭС генетическая природа заболевания не доказана, при информированном согласии родителей продолжен дальнейший поиск. ХМА – выявлена описанная в базе данных OMIM (#613675) микроделеция участка длинного плеча 17 хромосомы – 17q11.2. Данное клиническое наблюдение демонстрирует возможность использования инновационных молекулярно-цитогенетических технологий в поиске генетических причин неврологических заболевания в случае отсутствие выявления мутаций при ПЭС.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МУКОПОЛИСАХАРИДОЗА II ТИПА (СИНДРОМ ХАНТЕРА) У РОССИЙСКИХ БОЛЬНЫХ.

Семячкина А.Н[1]., Николаева Е.А[1]., Воскобоева Е.Ю[2]., Захарова Е.Ю[2].

[1]НИКИ педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

[2]ФГБУ, МГНЦ, Москва

Цель: представить результаты анализа многолетнего (более 30 лет) наблюдения за большой группой российских больных с синдромом Хантера (II тип мукополисахаридоза).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 285 больных мужского пола и 1 девочка 4-х лет с синдром Хантера. Возраст больных колебался от 2-х до 65 лет; примерно ¼ часть пробандов имела легкую форму заболевания.

Активность лизосомного фермента идуронат-2-сульфатазы в плазме крови и сухих пятнах крови измерялась по стандартной методике с использованием флюорогенного субстрата с последующим сравнением с референсными значениями.

Геномная ДНК лейкоцитов периферической крови выделялась с помощью набора реактивов Prep 100 (DIAtom ™) по инструкции производителя. Амплификация всех экзонов гена *IDS* проводилась методом ПЦР с последующим прямым нерадиоактивным секвенированием по Сэнгеру. Полностью генотипирован 181 пробанд.

Результаты. Клиническая симптоматика болезни включала: «гурлер-подобный» фенотип, задержку роста, поражение сердца и сосудов, ЦНС (у больных с тяжелой формой синдрома Хантера), органа слуха. Примерно, у 1/5 части больных отмечалось наличие папулезной сыпи с заполнением папул глико-липидными комплексами и локализацией их на боковых и задних поверхностях бедер, плеч и лопаток.

ДНК-диагностика констатировала наличие преимущественно точковых мутаций (миссенс и нонсенс мутации) в гене *IDS*; примерно у 10% больных выявлены делеции и крупные перестройки. У 5 детей с синдромом Хантера обнаружена полная делеция гена *IDS*. Синдром Хантера у девочки обусловлен частичной делецией длинного плеча хромосомы Х отцовского происхождения, в то время как материнская хромосома Х несла мутантный ген *IDS*. Сравнительный анализ клинико-генетических показателей не зарегистрировал зависимости тяжести клинической симптоматики болезни от характера генных мутаций, за исключением наиболее тяжелых генных повреждений (полная делеция гена *IDS)*.

С 2008 года все наблюдающиеся в клинике больные (дети от 2-х до 18 лет) получают ферментозаместительную терапию препаратом Элапраза в дозе 0.5 мг/кг 1 раз в неделю. Анализ показал эффективное действие Элапразы на состояние внутренних органов и опорно-двигательного аппарата у больных, при низком положительном воздействии на ЦНС.

Препарат Хантераза используется пока только у 6 российских больных с синдромом Хантера, среди которых трое взрослых пациентов.

Все больные с легкой формой синдрома Хантера адекватно интегрированы в общество. Они получили специально-среднее или высшее образование

и успешно трудятся по выбранным специальностям, среди которых, как правило, превалируют гуманитарные профессии: экономисты, юристы и пр. Нередко эти лица занимают руководящие посты и успешно справляются с ними. Все взрослые пробанды вступают в брак и имеют здоровое потомство, при этом все их дочери – облигатные гетерозиготные носители гена *IDS*.

Заключение. Многолетнее наблюдение за большим количеством пациентов с синдромом Хантера позволило определить механизмы его развития, что может послужить основой для разработки более усовершенствованных методов патогенетического лечения и профилактике болезни.

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ИМТ И ОЖИРЕНИЕМ НА ПРИМЕРЕ ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Лебедева Е.Н., Сетко Н.П.
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ России, Оренбург

Введение Наследственная детерминированность в развитии детского ожирения достигает 70%, что выше, чем у взрослых. Предрасполагающая к ожирению среда является только триггером, а не ведущей причиной чрезмерного увеличения веса, в то время как генетическая предрасположенность к этому обязательна.

Цель исследования – изучение частоты встречаемости полиморфизмов гена PPARG у детей постоянно проживающих в Оренбургской области.

Материалы и методы. Обследованы 100 детей, постоянно проживающих в Оренбургской области. Индекс массы тела (ИМТ) был рассчитан по общепринятой формуле: ИМТ = вес (кг)/рост (м)^2. Дети были распределены на две равные группы: основная (ИМТ>25) и контрольная (ИМТ<25). Выделение ДНК из лейкоцитов крови проводилось с использованием комплекта реагентов для выделения ДНК Проба ГС (ООО «НПО ДНК-Технология»). Генотипирование проводилось методом аллель-специфической гибридизации в формате полимеразной цепной реакции (ПЦР) с флуоресцентной детекцией в режиме реального времени (TaqMan) на детектирующем амплификаторе «DTlite» (ООО «НПО ДНК-Технология»). ПЦР-амплификация ДНК выполнена с использованием наборов для определения однонуклеотидных полиморфизмов («Синтол», Россия). С помощью критерия $\chi 2$ было определено соответствие частот встречаемости аллелей закону Харди-Вайнберга.

Результаты. При генотипировании rs1801282 гена PPARG установлено, что преобладающим является генотип GG среди всех обследованных лиц (51,3%). Анализ генотипов в обследуемых группах показал, что среди подростков с избыточной массой тела генотипы распределились следующим образом: генотип CC не обнаружен, CG-11,8%, GG- 88,2%. У лиц с нормальным ИМТ CC-тип явился преобладающим (57,1%), CG-27,6% и GG-14,3%.Результаты оценки ассоциации полиморфизма rs9939609 с ожирением и избыточной массой тела показали, что частота встречаемости аллеля риска ожирения (G) в группе лиц, с избыточной массой тела втрое выше чем у лиц с нормальным показателем ИМТ (p<0,001).

Заключение. В оренбургской популяции обнаружены региональные особенности распространения типов полиморфизма гена PPARG. Выявленные молекулярно-генетические особенности могут быть использованы для определения критериев группы риска по развитию ожирения и ассоциированной с ним патологии у детей.

СИНДРОМ МИКРОДУПЛИКАЦИИ XQ28 У ДЕВОЧКИ: КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

[1]Лязина Л.В., [2]Суспицын Е.Н., [1,3]Пендина А.А., [3]Малышева О.В. [1]Смирнова М.В.
[1]ГКУЗ «Диагностический центр (медико-генетический)»,
[2]ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
[3]ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродукции имени Д.О. Отта», Санкт-Петербург

Синдром микродупликации Xq28, включающий MECP2 ген – наследственное редкое (орфанное) заболевание, в основном встречается у мальчиков. Основными клиническими проявлениями являются задержка психоречевого развития, аутизм или аутистикоподобное поведение, микроцефалия, характерные лицевые аномалии, мышечная гипотония в раннем возрасте, сменяющаяся спастичностью, частые респираторные инфекции.

В 1,5 года у ребенка с задержкой психомоторного развития и подозрением на первичный иммунодефицит с целью уточнения диагноза было проведено таргетное секвенирование панели первичных иммунодефицитов и MLPA-анализ ряда хромосомных регионов. Обнаружено увеличение копийности хромосомного региона Xq28.

При осмотре в 2 года 1 мес. рост 69,5 см, масса тела 8,92 кг, окружность головы 41 см. Не сидела, не вставала, отдельные звуки, не глотала. Тяжелая мышечная гипотония. Плоское лицо, глазной гипертелоризм, плоская переносица, короткий нос, микростомия. Короткая шея. Гипоплазия мозолистого тела. ВПС: ООО, аневризма межпредсердной перегородки,

аномалия развития АоК-двухполулунный, без нарушения гемодинамики.

Синдром крайне редко встречается у девочек, поэтому были проведены дополнительные исследования. Кариотип 46, XX. При анализе метилирования аллелей гена андрогенового рецептора для определения инактивации Х-хромосомы обнаружено два аллеля одинакового размера, что исключило проведение теста. При проведении молекулярного кариотипирования (сравнительная геномная гибридизация) выявлена патогенная дупликация хромосомы Х размером 10,413 млн.п.н., включающий критический регион дупликации Xq28. Методом молекулярно-цитогенетического исследования установлен несбалансированный кариотип, характеризующийся частичной трисомией субтеломерной области длинного плеча хромосомы Х и частичной моносомией субтеломерной области длинного плеча хромосомы 4 (q27;q35). Анализ материала крови родителей методом FISH определил сбалансированную реципрокную криптическую транслокацию между хромосомой Х и хромосомой 4 – 46,X,t(X;4)(q27;q35).

Применение комплекса современных методов исследования помогло уточнить диагноз у девочки на молекулярно-генетическом уровне; выявить носительство перестройки у матери, что позволит предотвратить рождение повторно тяжелобольного ребенка в семье.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В СЕМЬЕ С РЕДКИМ ТИПОМ РЕЦИПРОКНОЙ ТРАНСЛОКАЦИИ

Митусова Л.И., Хлевная Л.А.
Республиканский специализированный центр медицинской генетики и пренатальной диагностики, Донецк, Украина

Введение. Результатом инвазивной пренатальной диагностики является выявление разнообразной хромосомной патологии в кариотипе плода. Наряду с анеуплоидиями при хромосомном анализе плода диагностируют и сложные структурные перестройки, которые представлены сбалансированными и несбалансированными транслокациями (семейные и de novo), делециями, инверсиями.

Цель исследования – определить происхождение хромосомной перестройки в кариотипе плода; составить прогноз потомства в обследуемой семье при следующих беременностях.

Материалы и методы. Инвазивная пренатальная диагностика выполнена 35-летней женщине в 19 недель беременности. Беременность 1, акушерский анамнез не отягощен. В группу высокого генетического риска была включена по результатам комбинированного ультразвукового и биохимического скрининга 1 триместра: риск рождения ребенка с синдромом Дауна составил 1:201 (пороговое значение 1:250). Хромосомный анализ плода был проведен по клеткам амниотической жидкости. Кариотипирование супружеской пары и родителей беременной выполнено по лимфоцитам периферической крови.

Результаты. В кариотипе плода была выявлена сбалансированная хромосомная транслокация: 46, XY, t(9;13)(p22;q11). При кариотипировании супружеской пары получены следующие результаты: кариотип мужа – 46, XY, норма; кариотип жены: mos 46, X,t(X;15)(p11;q11)[25]/46, X,t(X;15)(p11;q11),t(9;13)(p22;q11)[5]. Родители беременной имели нормальный хромосомный набор. При ультразвуковом исследовании плода в 22 недели гестации отсутствовали какие-либо эхографические маркеры хромосомной патологии. Ребенок родился в 39–40 недель. В 4 месяца был осмотрен врачом педиатром-генетиком. Физическое и психомоторное развитие соответствовало возрастной норме.

Заключение. При обследовании супружеской пары в кариотипе женщины был диагностирован редкий тип хромосомной патологии – наличие двух сбалансированных реципрокных транслокаций. В семье с таким типом структурной перестройки из 320 теоретически возможных вариантов кариотипа у потомков сбалансированными будут только четыре (1,25% продуцируемых гамет). Помимо высокого риска формирования эмбрионов с несбалансированным кариотипом в данной семье существует и вероятность рождения ребенка с синдромом Ангельмана при наследовании им транслокации с вовлечением хромосомы 15, поскольку данное заболевание развивается вследствие микроделеции материнского происхождения в сегменте 15q11.2–13.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФОРМ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Николаева Е.А., Харабадзе М.Н.
ОСП «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е.Вельтищева» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва

Цель: анализ эффективности выявления форм наследственных заболеваний у детей в специализированной клинике.

Результаты. В 2018 г. в педиатрическом отделении врожденных и наследственных заболеваний обследованы и получили лечение 1045 детей из 79 регионов Российской Федерации. Пациенты из Москвы и Московской области составили 25%, из других территорий – 75%. Подавляющее большинство детей (82%)

были направлены из территорий Центрального, Северо-Кавказского, Приволжского и Южного Федеральных округов. По результатам обследования все пациенты были разделены на 2 большие когорты: наследственные заболевания, установленные на основании клинических и лабораторных данных (737 детей; 70%) и недифференцированные патологические состояния, генез которых оставался неясен к моменту выписки ребенка из стационара (308 детей; 30%). Среди недифференцированных состояний большую часть (74%) составляли нарушения психоречевого и статико-моторного развития, меньшая часть (26%) была представлена недифференцированной дисплазией соединительной ткани. В когорте наследственных заболеваний наиболее многочисленными (около 100 детей в каждой) были группы пациентов с синдромом Элерса-Данло, несовершенным остеогенезом и гетерогенными редкими генетическими синдромами. От 50 до 70 больных входили в группы рахитоподобных заболеваний, хромосомных синдромов и синдрома Ретта. От 30 до 40 больных содержали группы скелетных дисплазий, нейрофиброматоза и лизосомных болезней. Наиболее малочисленными (менее 30 детей) были группы митохондриальных заболеваний, синдрома Марфана, аминоацидопатий и болезней обмена углеводов.

Половина госпитализированных больных нуждалась в проведении генетических исследований. Наиболее высокий % молекулярно-генетически/цитогенетически подтвержденных диагнозов отмечен в группах хромосомных болезней, редких генетических синдромов лизосомных и митохондриальных заболеваний, синдрома Ретта, аминоацидопатий. Обращало внимание, что у 90 детей при генетическом исследовании первичный диагноз не был получен, что требовало применения других методов анализа или биоинформатического пересмотра результатов.

Заключение. Выявлено большое разнообразие генетических заболеваний у детей, нуждающихся в обследовании и лечении в специализированном стационаре. По результатам обследования установлено, что 1/5 часть уже обследованных детей нуждается в дополнительном генетическом тестировании или повторной биоинформатической интерпретации полученных данных.

СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА

Опарина Н.В.[1], Черных В.Б.[2]

[1]Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва

[2]Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Медико-генетический научный центр» им. академика Н.П. Бочкова, Москва

Синдром Шерешевского-Тернера (СШТ) – хромосомное заболевание, вызванное различными аномалиями половых хромосом с полной или частичной Х-моносомией и характеризующееся низким ростом, дисгенезией гонад, аменорей, бесплодием и другими признаками. Количество и выраженность симптомов варьирует и зависит от варианта СШТ, наличия мозаицизма по нормальной или структурно перестроенной хромосоме Х или Y, которую обнаруживают в 50–70% случаев. У мозаиков может отмечаться межтканевое различие в клеточных линиях. Особенно актуальна детекция мозаицизма по хромосоме Y из-за повышенного онкологического риска. Исследование хромосомы Y необходимо рекомендовать в большинстве случаев СШТ. Отсутствие вирилизации не позволяет исключить «скрытый» мозаицизм по хромосоме Y или ее фрагментам, в частности связанный с геном *SRY*. В большинстве случаев цитогенетическая диагностика СШТ осуществляется с помощью анализа кариотипа лимфоцитов периферической крови, а необходимость проведения FISH и ПЦР исследований, в том числе клеток другой ткани, оценивают по его результатам. Такой подход к диагностике недостаточно эффективен для определения в различных тканях клеточных линий и типов гоносомных перестроек при мозаичных формах СШТ. Важно также учитывать тот факт, что часто пациенток с мозаичными вариантами СШТ на цитогенетическое обследование направляют не врачи-генетики и по другим причинам обследования (бесплодие, ЭКО, донорство ооцитов) при направительном диагнозе, не связанным с гоносомным синдромом. Низкоуровневый мозаицизм по моносомии Х в лимфоцитах также можно не обнаружить при стандартном кариотипировании. Использование только цитогенетического кариотипирования недостаточно и имеет высокую частоту ошибок (не менее 20%). Поэтому для повышения эффективности диагностики следует проводить комплексное цитогенетическое и молекулярное исследование, в том числе на клетках 2х и более тканей (клетки крови и буккального эпителия, фибробласты кожи, клетки биоптата гонад), а также необходимы совместные консультации цитогенетика, молекулярного генетика и врача-генетика с определением тактики дальнейшего медико-генетического обследования.

СОВРЕМЕННАЯ ГЕНОМИКА В ИССЛЕДОВАНИЯХ АДАПТАЦИИ К КЛИМАТУ КОРЕННЫХ СИБИРСКИХ ПОПУЛЯЦИЙ

Осипова Л.П.[1,2], Личман Д.В.[1], Табиханова Л.Э.[1], Hallmark B.[3], Karafet T.M.[4], Hsieh P.H.[5], Watkins J.C.[3], Hammer M.F.[4,5]

[1]ФИЦ Институт цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск, Россия

[2]Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия
[3]Interdisciplinary Program in Statistics, University of Arizona, Tucson, AZ, USA
[4]ARL Division of Biotechnology, University of Arizona, Tucson, AZ, USA
[5]Department of Genome Sciences, University of Washington, WA, USA

Одной из самых больших проблем, с которой столкнулись индивидуумы, мигрируя на север в Евразию, был холодный климат. Это давление отбора было особенно сильным в Сибири, где температуры минус 40°С не являются редкостью, и зафиксирован -70°С. Постоянный многомесячный холод сопряжен с ограниченными и переменчивыми пищевыми ресурсами, поэтому потребности в калориях высоки. В отличие от северной Европы, Сибирь большей частью была свободной от ледников в последнем ледниковом периоде, и археологические находки показывают, что люди распространились по всей северной Сибири (72с.ш.) уже 45 тысяч лет назад. В этом большом регионе проживает ~ 31 коренная этническая группа, и культурные, генетические и лингвистические исследования показывают, что они имеют долгую и сложную историю, имея значительный период времени для локальных адаптаций, предшествующих, например, началу отбора на устойчивость к лактазе у европейцев.

Имеются генетические исследования по определению генов-кандидатов, подвергшиеся отбору в ответ на холодный климат или диету в циркумполярных популяциях. Хэнкок и соавт. (2010) обнаружили доказательства отбора, влияющего на гены митохондриального разобщающего белка, UCP1 и UCP3, которые имеют значение для несократительного термогенеза в бурой жировой ткани и скелетных мышцах, соответственно. В 2017г. обнаружены доказательства полигенной адаптации у нганасан и якутов, указывающей на отбор, действующий на многие биологические пути, включая цикл кальнексина, метаболизм жирных кислот, а также переваривание и усвоение белка. Исследования физиологии и здоровья коренных сибирских групп (например, у эвенков, бурят, селькупов, нганасан) выявили низкий уровень липидов в сыворотке крови, повышенные базальные скорости метаболизма и общие уровни гормона щитовидной железы тироксина (Т4).

Наша основная выборка для полноэкзомного секвенирования была представлена образцами из двух популяций: нганасан (n=21) полуострова Таймыр, которые являются самой северной аборигенной группой в Евразии, и якутов (n=21) Республики Саха, региона Сибири с самыми низкими зимними температурами и одной из самых больших разниц летней и зимней температур в мире. Дополнительно были проанализированы данные анализа SNP высокой плотности Affymetrix, полученные от 307 представителей сибирских популяций.

В результате были обнаружены три гена с разными вариантами, чьи функциональные характеристики, географическое распределение и геномные паттерны наиболее «экономично» объясняются локальной адаптацией к сибирской среде. Примечательно, что все три гена малы: *PLA2G2A* и *ANGPTL8* составляют всего ~ 5 КБ, а *PLIN1* составляет ~ 15 КБ.

Проведенное исследование дает возможное генетическое объяснение, особенно для низких уровней липидов в сыворотке. Интересно, что нганасаны имеют самые низкие сывороточные уровни липидов среди всех исследованных сибирских групп, включая низкий уровень общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов. Другие сибирские популяции также имеют низкий уровень липидов в сыворотке. К сожалению, тесная связь между адаптацией к холоду и диетой подтверждается недавним увеличением метаболических нарушений среди циркумполярных групп, которые отошли от традиционных диет и образа жизни. Циркумполярные популяции особенно уязвимы к таким изменениям питания, так как аллели, которые когда-то были полезны в холодном климате, теперь являются генетическими факторами риска. Можно ожидать, что будущие исследования по выяснению молекулярных механизмов адаптации к диете и холоду обеспечит дополнительное понимание генетической основы метаболизма и этиологии метаболических нарушений.

АКТИВНОСТЬ МАРГАНЦЕВОЙ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА MNSOD

Павлинова Е.Б.[1], Власенко Н.Ю.[1], Мингаирова А.Г.[1], Киршина И.А.[1], Савченко О.А.[1], Курмашева Е.И.[1], Полянская Н.А.[1], Демченко В.И.[1]
[1]ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, Омск

Введение. Марганцевая супероксиддисмутаза (MnSOD) – один из основных ферментов, обеспечивающих защиту организма человека от воздействия активных форм кислорода. Имеется ряд данных, указывающих на снижение ее активности у лиц с определенными полиморфизмами гена MnSOD, что может предрасполагать к развитию заболеваний.

Цель исследования – изучить активность фермента марганцевой супероксиддисмутазы у здоровых детей в зависимости от полиморфизма гена MnSOD.

Материалы и методы. Обследовано 50 детей в возрасте от 3 до 17 лет, из них 27 (54%) мальчиков. У пациентов забиралось 6 мл венозной крови.

Методом полимеразной цепной реакции изучалась частота встречаемости аллельного полиморфизма гена MnSOD: MnSOD T58C, MnSOD C60T и MnSOD C47T. Дополнительно посредством иммуноферментного анализа оценивалась активность марганцевой супероксиддисмутазы. Статистическая обработка проводилась с помощью Statistica 6.1.

Результаты. Медиана возраста детей составила 6,0 [4,0; 13,0] лет. У всех обследованных пациентов наблюдались генотипы MnSOD T58T и MnSOD C60C. Генетический полиморфизм MnSOD C47C был представлен доминированием генотипа MnSOD C47T (23 ребенка, 46%), а также гомозиготным носительством аллелей MnSOD C47C (16 человек, 32%) и MnSOD T47T (11 человек, 22%).

Максимальная активность марганцевой супероксиддисмутазы наблюдалась у детей с генотипом MnSOD C47C – 2,07 [1,38; 2,3] ЕД/мл, а наименьшая – у пациентов, имевших генотип MnSOD T47T – 1,84 [1,75; 2,07] ЕД/мл. Значимых отличий в активности марганцевой супероксиддисмутазы в зависимости от полиморфизма гена MnSOD не установлено (Краскела-Уоллиса, p=0,825).

У детей, имевших гомозиготное носительство аллелей MnSOD T58T, C60C и C47C, рассчитан диапазон активности марганцевой супероксиддисмутазы (критерий Шапиро-Уилка, p=0,06). Средняя величина активности фермента составила 1,9 ЕД/мл, 10 перцентиль определен на уровне 1,2 ЕД/мл, 90 перцентиль – 2,4 Ед/мл.

Заключение. У здоровых детей активность марганцевой супероксиддисмутазы не зависела от полиморфизма MnSOD. (Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18–015–00219 А).

НЕСОВЕРШЕННЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ 1 ТИПА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Поликарпова И.И., Мельникова И.М., Касаткина А.Я., Петрова С.А.
Ярославский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Ярославль
ГБУЗ ЯО Областной перинатальный центр, Ярославль

Несовершенный остеогенез (НО) – это группа заболеваний соединительной ткани и скелета, обусловленных генетическим дефектом, приводящим к нарушению синтеза коллагена 1 типа и как следствие нарушению построения костного матрикса. Заболеваемость НО составляет 1:10000–20000 новорожденных. Данная патология имеет значительную вариабельность: от внутриутробной гибели плода до минимальных клинических проявлений. Поэтому особенно актуальна своевременная диагностика и назначение терапии при НО.

Цель: представить клинический случай диагностики и лечения НО в раннем детском возрасте.

Девочка Н. родилась от 6 беременности 1 родов при сроке гестации 28 недель. Из анамнеза известно, что у матери хронический гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность, нефрогенная остеопатия, у отца несовершенный остеогенез. С рождения у ребенка выявлены деформации верхних и нижних конечностей вследствие врожденных переломов, голубые склеры. На обзорных рентгенограммах в динамике были выявлены: множественные переломы, возникшие внутриутробно и спонтанно на 1 месяце жизни, снижение костной плотности, бокаловидная деформация метафизов трубчатых костей, периостальные наложения. Проводилась дифференциальная диагностика НО с остеопенией недоношенных, рахитоподобными изменениями скелета. С 1г. 3 мес. ребенку проведены 3 курса лечения препаратом Памидронат Тева, согласно схеме. В возрасте 1 года 11 месяцев в Центре врожденной патологии клиники GMS, по результатам секвенирования ДНК у пациентки выявлена гетерозиготная мутация в 11 экзоне гена COL1A1, что подтвердило диагноз НО 1 типа. При катамнестическом наблюдении в течение 2 лет спонтанных переломов более не наблюдалось. В возрасте 3 лет физическое развитие ребенка определено как недостаток массы тела при низком росте, нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

Таким образом, учитывая тяжесть течения НО, возможность ранней тяжелой инвалидности у больных необходима более тщательная антенатальная диагностика, с медико-генетическим консультированием семейной пары. Своевременная диагностика и лечение бифосфонатами позволяют существенно улучшить качество жизни, снизить риск инвалидизации пациентов с НО.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗЕ (МПС) РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ

Полякова О.А.
ФГБУ Детский Медицинский центр УДП РФ

Мукополисахаридоз относится к мультисистемным полиморфным болезням накопления. По мере накопления гликозаминогликанов в тканях возникают и прогрессируют клинические проявления.

Цель: Выделить методы лечения при мукополисахаридозе различных типов

В период с 2000 г в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» наблюдали 76 пациентов с различными типами МПС: МПС 1 (33), МПС 2 (9), МПС 3 (4), МПС 4 (15), МПС 6 (15).

Тяжелое, прогредиентное течение патологии требует раннего начала лечения и комплексного подхода к терапии МПС. Сочетание ферментозаместительной

терапии, трансплантации стволовых клеток, физиотерапии, лечебной физкультуры, психолого-педагогического воздействия способно обеспечить удовлетворительное качество жизни пациентов. Применяют и хирургическое лечение, при возникновении показаний. Особенности терапии зависят от типа МПС. Выполнение трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) применяется при синдроме Гурлер. ТГСК не решает всех проблем у детей с МПС, так как нарушение метаболизма ГАГ начинается на пренатальном этапе. ТГСК следует выполнять до формирования выраженных интеллектуальных нарушений. При невозможности выполнения ТГСК примененяется ферментзаместительная терапия (ФЗТ). ФЗТ используют для лечения пациентов с МПС 1, 2, 4 и 6 типов. Помимо таргетной терапии выполняют симптоматическое лечение. У всех наблюдаемых нами пациентов с МПС отмечен множественный дизостоз, в том числе множественные контрактуры суставов.

Симптоматическая терапия костно-суставных нарушений включает коррекцию нарушения осанки, тугоподвижности суставов с использованием нехирургических методов, ортопедических устройств (укладок). Чтобы препятствовать формированию контрактур, требуется ежедневная гимнастика (ЛФК), физиопроцедуры. Используется экстракорпоральная ударно-волновая терапия на область коленных, локтевых суставов; кинезитерапия, лазерная пунктура и надвенное воздействие лазера, электрофорез с лидазой на область пораженных суставов, магнитотерапия, парафин-озокеритовые аппликации на область суставов. Лечебная физкультура с преимущественным воздействием на опорно-двигательный аппарат(позвоночник, суставы), повторяющиеся курсы массажа спины, конечностей.

Результат лечения, медицинской и социальной реабилитации детей с МПС напрямую зависит от своевременного установления диагноза. Реабилитационные мероприятия выполняющиеся в достаточном объеме благоприятно влияют на качество жизни пациентов.

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭВОЛЮЦИИ ГЕНОМОВ (ДО И ПОСЛЕ КЕМБРИЙСКОГО ВЗРЫВА)

Складнев Д.А.
Федеральный исследовательский центр
“Фундаментальные основы биотехнологии” Российской академии наук, Москва

Эволюционное древо животных исторически строилось на основании постепенного увеличения анатомической сложности строения организмов, усложнения пищеварительных, двигательных и нервных систем. По мере развития геномных технологий, появилась возможность сопоставить такую таксономию непосредственно с данными о размерах геномов, о молекулярной структуре генетических программ клеток представителей конкретных таксонов. К настоящему времени детально показано, что диапазон изменчивости размеров геномов составляет несколько порядков от $6 \cdot 10^3$ тысяч нуклеотидных пар (тнп) у прокариотов до $6 \cdot 10^6$ тнп у млекопитающих, и до $8 \cdot 10^7$ тнп у амфибий. Давно был сформулирован вопрос – как связан размер генома с уровнем морфофизиологической организации (со сложностью строения) организма, как развивались сами геномы организмов в ходе эволюции. В работе 2010 года Марковым с соавт. на основании сравнения минимальных размеров геномов (МРГ) нескольких таксономически удаленных видов животных было высказано предположение, что «эволюция по пути к общему усложнению (геномов животных) является самоускоряющимся, гиперэкспоненциальным процессом». Альтернативный, более детальный анализ тех же данных позволил сформулировать **принципиально иную** точка зрения, состоящую в том, что динамика изменения МРГ в ходе эволюции отображается не плавной гиперэкспоненциальной, а двухфазной S-образной кривой. Было показано, что точка перегиба S-кривой соответствует периоду с максимальной скоростью увеличения размеров геномов и совпадает с периодом Кембрийского взрыва (570 – 500 млн. лет назад), который характеризовался колоссальным увеличением разнообразия высших таксонов всего живого. В этот период были заложены молекулярные предпосылки для дупликаций полных геномов, обеспечивших генетическую основу формирования современного биологического разнообразия животных на Земле. На временн м интервале после Кембрийского взрыва процесс изменений структур геномов продолжался путем внутригеномных перестроек с постоянным замедлением темпа роста.

В данном сообщении обсуждается характер изменения размеров геномов в ряду Eukaryota – Metazoa – Chordata – Craniata – Vertebrata – Euteleostomi – Mammalia – Eutheria – Euarchontoglires – Primates – Haplorrhini – Catarrhini – Hominidae – Homo. Подчеркивается, что инновационные технологии исследований геномов (как ископаемых, так и современных позвоночных) позволяют считать, что ближайшие к нам этапы эволюции приматов отмечены не общегеномными изменениями, а сопровождаются некоторым снижением общего объема головного мозга и его глобуляризацией, то есть, скорее, внутренними структурными изменениями.

«ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ» ФЕНОТИП ПРИ МУКОЛИПИДОЗЕ У ДВУХ СИБСОВ

Хлевная Л.А., Лысенко Т.В.
Республиканский специализированный центр медицинской генетики и пренатальной диагностики, Донецк, Украина

Введение. Муколипидоз – это менделирующее заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования. Развивается в результате мутаций в генах GNPTAB и GNPTAG, синтезирующих фермент N-ацетилглюкозоамин-1-фосфотрансферазу. В зависимости от степени его поражения описано три классических фенотипа заболевания. Муколипидоз IIA/B характеризуется ранней манифестацией признаков в совокупности с задержкой психомоторного развития. При муколипидозе IIIA/B у пациента отмечаются нормальные когнитивные способности и более легкое клиническое проявление заболевания. Тип IIIC – это наиболее легкая форма с благоприятным прогнозом.

Цель исследования – определить тип муколипидоза у двух сибсов.

Материалы и методы. Обследованы двое родных сибсов 6,5 и 5 лет с диагнозом муколипидоз. Детям проведено измерение активности специфических лизосомных ферментов (β-D-глюкуронидазы и общей гексозаминидазы) в плазме крови и прямое автоматическое секвенирование гена GNPTAB.

Результаты. У обоих детей нормальное психическое развитие, сочетающееся с выраженной патологией костной системы, включая контрактуры суставов и задержку роста, и специфическими черепно-лицевыми дизморфиями по типу «гаргоилизма». Манифестация первых признаков отмечена матерью детей и врачом-ортопедом в возрасте 2–3-х месяцев. На момент обследования уровень активности специфических ферментов многократно превышал нормативные показатели (p<0,001). В гене GNPTAB в гетерозиготном состоянии была выявлена миссенс-мутация c.1733G>C, которая, по данным компьютерного анализа (Alamut Visual) ранее не описана и является патогенной.

Заключение. По совокупности полученных данных сделан вывод о редком «промежуточном» фенотипе муколипидоза, для которого характерна ранняя манифестация заболевания с полной картиной специфических клинических признаков и нормального, соответствующего возрасту интеллекта. Нами высказано предположение, что вторая патогенная мутация, либо протяженная перестройка, не диагностированная методом прямого автоматического секвенирования, либо находится в гене GNPTAG, кодирующем γ-субъединицу фермента GlcNAc-фосфотрансферазы, хотя до настоящего времени данных в пользу дигенного наследования при муколипидозе не было.

ДИАГНОСТИКА И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ CNV (ВАРИАЦИИ КОПИЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ДНК)

Шилова Н.В., Миньженкова М.Е., Маркова Ж.Г.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Медико-генетический научный центр», Москва

Хромосомные болезни являются одной из наиболее обширных групп наследственной патологии. Широкий спектр числовых и структурных аномалий хромосом требует применения разнообразных методов их детекции. Геномные технологии являются эффективным инструментом для выявления вариаций числа копий участков ДНК (copy number variations – CNV), позволяя определять их точную локализацию в геноме, размер и генный состав. Широкое использование высокоразрешающих методов диагностики, таких как хромосомный микроматричный анализ и высокопроизводительное секвенирование привело к открытию новых классов наследственных болезней, причиной возникновения которых являются микроструктурные перестройки хромосом, обусловленные клинически значимыми CNV в виде делеций, дупликаций и триплицаций. Однако, несмотря на безусловные преимущества, геномные технологии не могут предоставить информацию о числе и структуре хромосом, вовлеченных в перестройку. Необходимы дополнительные исследования (стандартное кариотипировании и/или FISH-анализ) не столько с целью валидации полученных результатов, сколько с целью получения информации о структуре, механизме формирования и происхождении выявленного хромосомного дисбаланса. Интерпретация клинически значимых CNV должна проводиться с учетом особенностей мейотической сегрегации хромосом при различных структурных хромосомных перестройках. Полученные сведения важны для корректного медико-генетического консультирования семьи с целью оценки повторного риска рождения ребенка с хромосомным дисбалансом. На примерах клинических случаев рассматриваются типы хромосомных перестроек, приводящих к возникновению клинически значимых CNV, механизмы формирования хромосомного дисбаланса и обсуждается необходимость комплексного подхода к диагностике CNV у пациентов с задержкой психомоторного развития и множественными врожденными аномалиями.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ (2014 – 2018ГГ.)

Шипилова Л.М., Старчикова Т.А
Перинатальный центр ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница №8»
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

Врожденные пороки развития (ВПР) являются нередкой патологией у плодов и новорожденных. По данным ВОЗ, проведенные исследования показали, что в разных странах частота ВПР составляет 3 – 6%.

Целью исследования явился анализ структуры ВПР за последние 5 лет (2014 – 2018 годы) по данным перинатального центра ГКБ №8 г. Саратова.

Возраст матерей исследуемой категории детей колебался от 17 до 44 лет, в среднем – 32 года. По данным нашего учреждения, при рождении в 2014 году ВПР регистрировали у 4,3% детей, в 2015 году – у 3,4% детей, в 2016 году – у 4,2% детей, в 2017 году – у 4,2% детей и в 2018 году – у 3,9% детей.

ВПР определяются как структурные или функциональные аномалии, которые выявляются при рождении, а в последующем могут и исчезнуть. Это касается достаточно высокого процента выявляемости после рождения ДМЖП: от 44,9% в 2014 году до 63,5% в 2018году, что объясняется широким внедрением в медицинскую практику ультразвукового пре и постнатального скрининга на приборах экспертного класса, выполняемого высокопрофессиональными докторами. Появляется больше возможностей раннего выявления отклонений развития не только у плода, но и у эмбриона. Такая ранняя пренатальная диагностика позволяет будущим родителям и членам пренатального консилиума принимать адекватное решение о целесообразности пролонгирования беременности или разработать алгоритм дополнительных обследований и консультаций, определиться со сроком родоразрешения.

В настоящее время большее число ВПР выявляют при втором скрининговом обследовании. По нашим данным, частота ВПР мочевыделительной системы снизилась у новорожденных с 28,5% в 2014 году до 12,6% в 2018 году; ВПР ЦНС имеет тенденцию к снижению и в 2018 году составил 3,15%; такую же тенденцию имеют тяжелые ВПР ВПС – в 2018 году составили 7,2%. Данные по ВПР желудочно-кишечного тракта различны по годам от 5,4% в 2015 году до 1,8% в 2018 году.

В заключение следует сказать, что наши данные сопоставимы с мировыми данными, но несколько выше, чем по нашей стране. Этому способствует нерегулярность обследований вследствие недисциплинированности беременных, недостаточная санпросвет работа с населением и отсутствие диспансерного наблюдения по беременности.

ЦИТОПОСТГЕНОМИКА В ПЕДИАТРИИ

Юров И.Ю.[1,2,3], *Ворсанова С.Г.*[1,2], *Юров Ю.Б.*[1,2]
[1]ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва
[2]Обособленное структурное подразделение «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва
[3]ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

Цитопостгеномика представляет собой область современной биомедицины, целью которой является изучение генома на микроскопическом и субмикроскопическом уровнях с помощью постгеномных технологий. Потенциал цитопостгеномных исследований выходит за рамки ассоциаций вариабельности генома с некоторыми патологическими состояниями у детей, результатом чего может быть разработка методов влияния на генетические изменения в соматических клетках, а также нивелирование генетических изменений в терапевтических целях. Более того, постгеномные биоинформатические технологии дают возможность определения генетической компоненты заболевания и вклад в его патогенез факторов окружающей среды. Это открывает новые возможности для лечения хромосомных и многофакторных болезней у детей, которые до настоящего времени считаются неизлечимыми. Фактически, цитопостгеномика предлагает новые подходы к определению этиологии и характеристики механизмов заболеваний у детей, основываясь не на поиске единичных вариаций генома, которые, возможно, ассоциированы с патологическими процессами в организме, а на идентификации процессов-кандидатов и патогенетического каскада с помощью системного анализа. Изучение (цито)геномных вариаций в контексте биологии/медицины систем с помощью постгеномных технологий открывает беспрецедентные перспективы для лечения и «ведения» детей, страдающих генетически обусловленными заболеваниями.

Раздел 7
НЕФРОЛОГИЯ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИТУКСИМАБА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Альбот В.В., Белоусова Л.В., Мацейна С.А.
Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск

Ритуксимаб – генно-инженерные химерные анти-CD20 моноклональные антитела, с высокой эффективностью используются при лечении ревматоидного артрита, а также в терапии волчаночного нефрита (ВН) у пациентов, не ответивших более чем на один режим инициальной терапии. Также препарат рекомендован Союзом педиатров России при неэффективности предшествующих методов лечения и тяжелых побочных эффектах стероидной и других видов иммуносупрессивной терапии нефротического синдрома (НС). Данные об эффективности в настоящее время немногочисленны.

Нами на базе нефрологического отделения ГБУЗ ИГОДКБ проведено лечение ритуксимабом 8 детей в возрасте от 9 до 16 лет с НС при различных его морфологических вариантах: волчаночный нефрит, гормонорезистентный НС, диффузный МбПГН, IYG (С) класс – 1 ребенок; гормонозависимый НС, ФСГС – 2 детей; гормонозависимый НС МИ – 5 детей. Давность заболевания от 5 до 13 лет

Все дети с НС получили предшествующую терапию: неоднократно стандартный курс преднизолона в дозе 60 мг/м^2, пульс-терапию метипредом в дозе 30 мг/кг №3, после чего преднизолон в альтернирующем режиме в сочетании в циклоспорином-А (ЦсА, сандимун-неорал). Девочка с ВН помимо вышеуказанных препаратов получила в лечении пульс-терапию Циклофосфамидом. У всех детей с НСМИ была достигнута клинико-лабораторная ремиссия, у остальных клиническая ремиссия. 5 детей рецидивировали после отмены, либо при снижении дозы преднизолона (ВН, 2 с ФСГС и 2 с МИ), остальные дети (3 с МИ) при отмене ЦсА.

Ритуксимаб назначался в стандартной дозировке 375 мг/м^2 1 раз в неделю №2 в/в., Перед первым введением ритуксимаба отменялся одномоментно ЦсА, через неделю после второго введения начиналось снижение дозы преднизолона. Повторный курс ритуксимаба проводился через 6 мес в аналогичной дозировке № 2 через неделю на фоне альтернирующего приема преднизолона – 10 мг/кг

В результате лечения у всех детей достигнута полная ремиссия, у двоих сохраняется протеинурия до 1 г (ФСГС и ВН). Всем детям отменен ЦсА, пациентам с ВН и ФСГС оставлен преднизолон 10 мг/48ч. Ремиссия сохраняется в течение 6 месяцев у 7 пациентов, у одного ребенка с НСМИ развился рецидив.

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ФИНСКОГО ТИПА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Альбот В.В., Белоусова Л.В., Мацейна С.А.
Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск

Девочка П, 4г. 7 мес, от 3 беременности, 2 родов (1 – сын 8 лет, здоров, 2-я беременность закончилась выкидышем в сроке 5 недель). С 16 недель беременности выявлено увеличение плаценты. Роды в 38 недель, быстрые, масса тела при рождении 2800 г, рост 50см. Закричала сразу, оценка по шкале Апгар 7–8 б. На 10–14 день жизни появились отеки на лице и на ногах. В возрасте 28 дней госпитализирована в отделение патологии новорожденных. При поступлении в ОАК: L – 10,9x10^9, Er – 3,11x10^{12}, Hb – 117 г/л, Tr – 345x109, СОЭ 39 мм/ч. В б/х крови общий белок 17 г/л, В ОАМ белок 3 г/л. Был выставлен диагноз: Врожденный нефротический синдром (НС). Проводилась антибактериальная и антикоагулянтная терапия, трансфузии альбумина в дозе 2 г/кг ежедневно, преднизолоном в дозе 1,5 мг/кг.

Проведено генетическое исследование кодирующей последовательности гена NPHSI в г. Москва: обнаружены мутации c. 174delT u c/ 3478>T (Arg-1160Stop) в компаунд-гетерозиготном состоянии. Клинический диагноз: врожденный НС, финский тип. В связи с полученными результатами генетического исследования от проведения биопсии почек решено было отказаться, преднизолон отменен.

До 3-х летнего возраста функция почек оставалась стабильной, прогрессировала анемия от 110 до 80 г/л. Проводились ежедневные трансфузии альбумина (6 раз в неделю по 5 мл/кг 20% р-ра), антикоагулянтная терапия, коррекция анемии препаратами железа и эритропоэтина. На фоне лечения отмечалась небольшая задержка физического и нервно-психического развития. В возрасте 3,5 лет впервые зарегистрировано повышение уровня сывороточного креатинина до 170 мкмоль/л.

С нарастанием степени ХБП и соответственно снижением СКФ уменьшилась протеинурия и выраженность НС, что существенно снизило потребность в трансфузиях альбумина. В возрасте 3 г. 8 мес. отмечалась повышение креатинина до 694 мкмоль/л, мочевины до 36,5 ммоль/л, калия до 6,6 ммоль/л. По жизненным показаниям начата ЗПТ методом перитонеального диализа. В 4 г. девочке проведена аллотрансплантация почки от матери, в ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского.

Представленный случай демонстрирует своевременную диагностику врожденного НС, адекватную его терапию и как итог успешную трансплантацию почки. В настоящее время ребенок получает иммуносупрессивную терапию – програф и микофенолат, переносит терапию удовлетворительно; трансплантат

успешно функционирует. Девочка стала активнее, улучшились антропометрическое показатели.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕНАЛЬНОГО МАЛОВОДИЯ И ЕГО ИСХОДЫ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНОМ ПОЛИКИСТОЗЕ ПОЧЕК (АРПП)

Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д.
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург

Цель: выявить особенности развития Поттер фенотипа у новорожденных с АРПП.

Пациенты и методы: проанализированы особенности пренатального и неонатального периодов у 17 детей, у которых в пренатальном периоде выявлено увеличение окружности живота, в неонатальном периоде по клиническим критериям диагностики подтвержден АРПП (кисты почек типа Поттер I, согласно классификаций E.L.Potter и V.Osathanondh, 1964 и K.Zerres, 1996). Изучен катамнез 10 новорожденных с АРПП, у которых после исключения других причин, пренатально подтверждено ренальное (почечное) маловодие.

Результаты: У 10 (59%) из 17 детей с АРПП в пренатальном периоде выявлено ренальное маловодие, из них у 5 – на 18–20 неделе гестации, у 5 – на 30–34 неделе гестации. Из 10 детей с ренальным маловодием, доношенными (на 38–39 неделе) с массой тела 3018±47г и длиной 47,3±2,6см, родились 5(50%) детей, недоношенными (на 35–36 неделе) с массой тела 2076±45г и длиной 46,4±1,3см, 5(50%) детей. Из 10 новорожденных, 6 (60%) имели низкую оценку по шкале Апгар (3–5/4–6 баллов) и признаки дыхательной недостаточности 2–3 степени тяжести, синдром дыхательных расстройств, спонтанный пневмоторакс в неонатальном периоде. Гипоплазия легких подтверждена у 6(60%) из 10 детей, из них у 1 – пренатально по УЗИ на сроке 30 недель. ИВЛ проводилась в раннем неонатальном периоде у 3(30%) из 10 детей. Типичное facies Potter, «старческая» складчатая кожа отмечены у 7 (70%), деформации конечностей (косолапость, согнутые ноги с подворотом стоп внутрь) выявлены у 2(20%) из 10 детей. У 4(40%) из 10 новорожденных с АРПП, перенесших ренальное маловодие, установлено развитие ОПП 3 стадии (тяжелая), из них у 3 с исходом в терминальную уремию. Летальный исход констатирован у 2(20%) в неонатальном периоде с ДН и ОПП при АРПП. Поттер фенотип диагностирован у 4 (40%) при рождении, у 3 (30%) к концу первого месяца.

Заключение: При АРПП (кисты почек типа Поттер I) в 59% выявлено ренальное маловодие. Из 10 детей с АРПП, перенесших в пренатальном периоде ренальное маловодие, у 7 (70%) диагностирован Поттер фенотип, у 2(20%) с летальным исходом в неонатальном периоде в связи с ДН и ОПП.

СТРУКТУРА ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Ахмедова С.В.[1], Ахмедова М.Р.[2] , Ревякина Е.В.[2], Мартынович Н.Н.[2]
[1]ОГАУЗ ГИМДКБ, Иркутск
[2]ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск

Введение. Частота встречаемости пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) среди детей и подростков составляет 1 %. Распространенность ПМР и его последствия (хронический пиелонефрит, отставание в физическом развитии, артериальная гипертензия, хроническая почечная недостаточность), приводящие к инвалидизации, требуют поиска наиболее эффективных и перспективных методов коррекции пузырно-мочеточникового соустья. Цель исследования – изучение структуры пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 1122 историй болезней (форма No003/у) детей Иркутской области, госпитализируемых в урологическое и нефрологическое отделения ОГАУЗ ГИМДКБ за период с 2016 по 2018 гг.

Результаты. Количество детей с ПМР составляет 13 % от числа госпитализируемых пациентов. Частота встречаемости данной патологии у девочек в 4 раза превышает мальчиков (девочки – 81%, мальчики – 19%). Превалируют возрастные группы 1–3 года (31 %), 7–14 лет (35 %). Двухстороннее поражение пузырно-мочеточникового соустья наблюдается в 50 % случаев. По степени ПМР пациенты распределились следующим образом: 1 степень – 11 %, 2 степень – 36 %, 3 степень – 42 %, 4 степень – 10 %, 5 степень – 1 %. В большинстве случаев ПМР осложнен инфекцией мочевыводящих путей (90 %), в 10 % протекает асептически. При анализе у 40 % обследуемых выявлено сочетание ПМР с дисплазией позвоночника. Хирургическое вмешательство проводилось в 36% случаев: оперативная коррекция – 53%, эндоскопическая коррекция – 47 %. Количество рецидивов после оперативной коррекции составило 18 %, после эндоскопической коррекции – 37 %. Заключение. В четыре раза чаще ПМР диагностируется у девочек, в возрастных группах у детей раннего возраста и школьного возраста. Эффективным способом коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса остается оперативный. Однако, эндоскопическая коррекция благодаря простоте выполнения и достаточно высокой при этом эффективности прочно входит в алгоритм лечебной тактики.

ОСОБЕННОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА ПЕРЕД ПЕРЕВОДОМ ВО ВЗРОСЛУЮ СЕТЬ

Балалаева И.Ю., Швырев А.П., Стольникова Т.Г., Евтухова О.В., Курганов А.Ю., Новикова Н.Н.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронежская областная детская клиническая больница № 1», Воронеж

Введение. Развитие диабетической нефропатии (ДН) при сахарном диабете (СД), начавшемся в детском и подростковом возрасте, может определять состояние здоровья и выживаемость больных СД в популяции в целом.

Цель исследования – установить частоту и тяжесть хронического повреждения почек, связанного с сахарным диабетом I типа, к 17-летнему возрасту.

Материалы и методы. Исследование включало 122 пациента 17 лет с СД I типа давностью заболевания более 1 года (в среднем 9,5±0,3 лет). Треть больных страдала СД более 10 лет. Лиц женского и мужского пола было поровну. Оценивали альбуминурию, скорость клубочковой фильтрации (СКФ).

Результаты. ДН имела место у 45,1 % подростков 17 лет с СД I типа. В 41,8% наблюдений альбуминурия была от 10 до 29 мг/сутки, СКФ повышена или не изменена (ДН 1 ст.), в 3,3% альбуминурия составляла от 30 до 299 мг/сутки, СКФ не изменена или несколько снижена (ДН 2 ст.). ДН 3 стадии (альбуминурия более 300 мг/сутки, СКФ значительно снижена) отсутствовала. Частота ДН у подростков 17 лет не зависела от пола и места проживания (город/село). Пациенты с давностью СД от 5 до 10 лет имели ДН в 1,6 раза чаще (42,9%), с давностью болезни более 10 лет – в 2,3 раза чаще (61,1%), чем пациенты с продолжительностью заболевания менее 5 лет (26,7%). СКФ была повышена (>120 мл/мин./1,73 м^2) у большей части (55,8%) пациентов с СД, снижена (<90 мл/мин./1,73 м^2) – у 7,0%, нормальна – у 37,2% обследованных.

Заключение. Хроническая патология почек, сформировавшаяся у пациентов с СД I типа к возрасту 17 лет, была связана главным образом с ДН 1 стадии. Частота ДН была наибольшей при давности болезни свыше 10 лет. У пациентов с СД клубочковая фильтрация чаще была повышена, реже – нормальна или снижена. Дети и подростки с СД I типа нуждаются в постоянном контроле состояния почек (альбуминурии, СКФ) для своевременного выявления ДН и коррекции лечения.

TGF-B1 В ДИАГНОСТИКЕ ТУБУЛОПАТИЙ И НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА

Белькевич А.Г., Козыро И.А.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение. TGF-β1 – маркер, отражающий эндотелиальную дисфункцию и фиброангиогенез, которые являются основой ремоделирования микрососудистого русла при заболеваниях почек.

Цель исследования – определить концентрацию TGF-β1 в сыворотке крови и моче у пациентов с наследственными синдромами для диагностики повреждения почки.

Материалы и методы. TGF-β1 определен у 95 пациентов, наблюдавшихся во 2-й ГДКБ с 2017 по 2019 гг. Пациенты разделены на группы: 1-я (основная) – с наследственным нефритом (n=23), 2-я (основная) – с тубулопатиями (n=19), 3-я (сравнения) – с ОПН в стадии исхода (n=18), 4-я (сравнения) – с урологическими заболеваниями (n=14), 5-я (контроля) – условно здоровые дети (n=21). Группы сопоставимы по полу и возрасту. Концентрация TGF-β1 определена методом ИФА. Статистический анализ выполнялся с помощью пакета программ Statistica 10.

Результаты. При сравнении концентрации TGF-β1 в сыворотке и моче у пациентов как 1-ой, так и 2-ой групп достоверно значимых различий не установлено (p=1). При проведении корреляционного анализа связи между уровнем TGF-β1 в сыворотке и моче у пациентов основных групп не выявлено (r=0,07, p=0,765 и r=0,01, p=0,935, соответственно). Сопоставление концентраций сывороточного и мочевого TGF-β1 пациентов 1-ой группы со 2-ой достоверно значимых различий не установило (p=1). Сравнение концентрации сывороточного и мочевого TGF-β1 между 5 группами существенных различий не выявило (p_{1-3}=1, p_{1-4}=0,999, p_{1-5}=1, p_{2-3}=1, p_{2-4}=0,999, p_{2-5}=1 и p_{1-3}=1, p_{1-4}=1, p_{1-5}=0,88, p_{2-3}=1, p_{2-4}=1, p_{2-5}=0,92, соответственно). Установлена обратная слабая связь между уровнем креатинина и сывороточного TGF-β1 (r=-0,54; p=0,018), обратная слабая между креатинином и мочевым TGF-β1 (r=-0,59; p=0,008) и прямая умеренная между рСКФ и TGF-β1 в моче (r=0,61; p=0,005) для пациентов 2-ой группы.

Заключение. TGF-β1 не информативен для диагностики наследственного нефрита и тубулопатий, что можно объяснить отсутствием иммунного механизма в развитии данных заболеваний.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ФОНЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ.

Бижева Д.В., Мамбетова А.М., Инарокова А.М.
Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, 360004, Нальчик.

Введение. Важными факторами развития артериальной гипертензии (АГ) и формирования кардиоренального синдрома при хронической болезни почек, являются повышение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС). Натрийуретические пептиды являются маркерами ремоделирования миокарда.

Цель исследования – оценить концентрацию натрийуретического пептида (NT-proBNP), ренина и альдостерона у детей с ВПР ОМС с артериальной гипертензией и гипертрофией миокарда левого желудочка (ГМЛЖ).

Материалы и методы. Обследовано 56 детей с ВПР ОМС возрасте от 3 до 17 лет (28 больных с врожденным пузырно-мочеточниковым рефлюксом, 15 – с врожденным гидронефрозом, 13 – с другими формами дизэмбриогенеза ОМС). 10 клинически здоровых детей соответствующего возраста, вошли в контрольную группу. Всем проведены полное нефро-урологическое обследование, суточное мониторирование артериального давления, эхо-кардиография(эхо-кг) , определение концентрации N- терминального пропептида натрийуретического гормона (NT-proBNP), ренина и альдостерона иммуноферментным методом. При эхо-кг анализировались показатели: масса миокарда левого желудочка, индекс массы миокарда левого желудочка.

Результаты. Показатели эхо- кг, характеризующие наличие ГМЛЖ, у детей с СКФ<90 мл/мин. сопоставимы с пациентами, имеющие более высокие уровни СКФ. Гиперпродукция ренина установлена у 62,5 %, альдостерона – 39,3%, NT-proBNP – 51,8% больных. АГ выявлена у 18 детей в 32,1% случаев , ГМЛЖ у 10 пациентов в 17,8% случаев. Все больные с ГМЛЖ имеют АГ, установлены достоверные различия по величине скорости клубочковой фильтрации между пациентами с ГМЛЖ и без ГМЛЖ (p=0,05). У пациентов с АГ и ГМЛЖ регистрируется более высокие уровни ренина и альдостерона (p<0,05), между ними отмечена сильная положительная корреляция (r=0,8; p<0,05). При наличии АГ и ГМЛЖ натрийуретический пептид регистрируется в более высокой концентрации (p<0,05).

Заключение. Натрийуретические пептиды, ренин, альдостерон – лабораторные маркеры развития артериальной гипертензии и ремоделирования миокарда у детей с ХБП на фоне ВПР ОМС.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ .

Бижева Д.В., Мамбетова А.М., Инарокова А.М.
Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, 360004, Нальчик.

Введение. Врожденные пороки развития органов мочевой системы (ВПР ОМС) являются наиболее частыми причинами развития хронической болезни почек (ХБП) в детском возрасте . Установлено, что главными механизмами формирования и прогрессирования ХБП является активация вазоконстрикторных нейрогуморальных систем. Натрийуретические пептиды относят к вазодилататорам, блокируют ренин-ангиотензин –ангиотензиновую систему (РААС) и другие сосудосуживающие факторы. Определение концентрации вазодилататоров и вазоконстрикторов позволяет прогнозировать течение заболевания почек.

Цель исследования – оценить концентрацию натрийуретического пептида (NT-proBNP), ренина и альдостерона у детей с ВПР ОМС .

Материалы и методы. Обследовано 56 детей с ВПР ОМС возрасте от 3 до 18 лет (28 больных с врожденным пузырно-мочеточниковым рефлюксом, 15 детей с врожденным гидронефрозом, 13 детей с другими формами дизэмбриогенеза ОМС). 10 клинически здоровых детей соответствующего возраста – контрольная группа. Всем проведены полное нефро-урологическое обследование, определение концентрации N-терминального пропептида натрийуретического гормона (NT-proBNP), ренина, альдостерона в плазме иммуноферментным методом. Всем больным с обструктивными видами порока проведена хирургическая коррекция.

Результаты. Повышенная концентрация ренина выявлена у 62,5%, альдостерона у 39,5% больных. Оценка продукции ренина и альдостерона в зависимости от вида порока установила, что концентрация ренина и альдостерона во всех группах больных достоверно более высокая, чем в контрольной группе (p<0,05). Между группами, по концентрации гормонов достоверные различия отсутствуют (p>0,05). Гиперпродукция натрийуретического пептида и более высокие его концентрации, в сравнении с контрольной группой, выявлены у 51,8% больных (p<0,05). Заключение. У большинства больных с ВПР ОМС выявлена гиперпродукция ренина и альдостерона, что является важным фактором формирования ХБП у детей. Активация натрийуретического пептида установлена у половины пациентов и позволяет прогнозировать риск прогрессирования заболевания почек.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Буряк В.Н.
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

Введение. Актуальной проблемой детской урологии и нефрологии являются инфекционно-воспалительные заболевания мочевой системы. Среди указанных заболеваний в клиническом плане наибольшую важность представляет пиелонефрит. Острый процесс при этом нередко трансформируется в хронический, а последний – в хроническую почечную недостаточность, угрожаемую по развитию

артериальной гипертензии. Среди причин трансформации определенная роль принадлежит разбалансировке вегетативной регуляции деятельности мочевыделительного тракта.

Цель. Выявление характера вегетативного статуса путем оценки вариабельности ритма сердца по данным холтеровского мониторирования и изучение суточного ритма АД по данным мониторирования АД.

Материалы и методы. Обследовано 35 детей от 10 до 14-ти лет с установленным хроническим пиелонефритом и 20 практически здоровых детей аналогичного возраста, составивших группу контроля. У всех обследованных проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ с оценкой временных и спектральных показателей вариабельности ритма сердца и суточное мониторирование АД с вычислением индекса времени гипертензии отдельно по систолическому и диастолическому АД и определением циркадных ритмов АД.

Результаты и обсуждение. У 67,3% больных установлены нарушения функциональной активности вегетативной нервной системы. В 38,4% случаев отмечалось достоверное($p<0,05$) снижение SDANN-I, rMSSD, pNN50, что свидетельствовало о преобладании симпатического тонуса. В 28,9% наблюдений регистрировалось повышение этих параметров, позволившее констатировать парасимпатикотонию. Сравнительный анализ результатов, полученных при разовом измерении АД и СМАД, выявил их расхождение в 27% случаев. Во всех случаях у обследованных детей определялся индекс времени гипертензии, находившийся в пределах от 25% до 50%. Важным обстоятельством явилось выявление в половине случаев у данного контингента больных патологического циркадного ритма АД в виде «non-dippers».

Выводы. 1. У детей с хроническим пиелонефритом имеются достоверные нарушения вегетативного статуса, что диктует необходимость разработки его направленной терапевтической коррекции. 2. Детям, страдающим хроническим пиелонефритом, необходимо проводить суточное мониторирование АД с целью выявления скрытой артериальной гипертензии

ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЕ DE NOVO АНТИ-HLA АНТИТЕЛА ПРИ ПЕРЕСАДКЕ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ С DQ- И MIC НЕСОВМЕСТИМОСТЬЮ

Грачева Л.А., Петрова Л.В., Латышева М.Н., Румянцев А.Л., Валов А.Л.
РДКБ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Введение. При подборе пары донор- реципиент при пересадке почки необходимо добиваться совместимости по генному составу главного комплекса гистосовместимости ткани (HLA) и по антигенам групп крови.

Цель исследования. Выявить посттрансплантационные de novo анти- HLA- антитела, вызывающие антитело – опосредованное отторжение пересаженной почки у детей.

Методы. Был обследован 281 пациент (13,1 ± 0,7 лет) в течение 8 лет.

При аллогенной трансплантации трупной почки донор и реципиент типировались по локусам A, B, DR (SSO –генотипирование LABType SSO, Micro SSP, реагенты фирмы «One Lambda»). Работа проводилась на мультиплексном анализаторе «Luminex 200». У пациентов после трансплантации аллогенной почки выявляли de novo анти- HLA антитела (АТ). Определяли: процент панель-реактивных антител (ПРА), специфичность анти-HLA антител и среднюю флюоресценцию антител (MFI). Наборы LABScreen, фирмы «One Lambda». Идентифицировали комплемент – связывающие C1q антитела к антигенам HLA (наборы C1q Screen One Lambda).

Результаты. После пересадки донорской почки у 147 пациентов (53,2%) выявлялись de novo анти-HLA АТ к антигенам HLA II класса. Из них у 83 детей (56%) антитела выявили к антигенам DQ локуса HLA с преобладающим профилем специфичностей DQ6, DQ4 и DQ2 и с процентом панель – реактивных антител (cPRA: 2–18%). У шести пациентов данные антитела были высоко реактивны (MFI: 1800- 22000) и связывали C1q компонент комплемента. У одного больного анти- DQ2 антитела сочетались с анти- MIC антителами (MFI 11000). У этих семи больных (8,3%) развивалось острое антитело-опосредованное отторжение (ABMR) трансплантата, которое характеризовалось: понижением скорости клубочковой фильтрации (GFR до 28 ml/min); повышением уровня креатинина (Cr до193 μmol/L); в биоптатах почек выявляли C4d компонент комплемента. Больным проводилась терапия для купирования ABMR.

Заключение. Наш опыт изучения de novo анти-HLA- антител у пациентов с аллогенной трансплантацией почек позволяет заключить, что необходимо типировать локусы HLA DQB1 и неклассические гены HLA (гены MIC (гены, связанные с классом I MHC)) и добиваться селективного совпадения генов этих локусов при подборе пары донор – реципиент.

АНТИТЕЛО – ОПОСРЕДОВАННОЕ ОТТОРЖЕНИЕ ПОЧКИ, РОЛЬ DE NOVO АНТИ- HLA АНТИТЕЛ У ДЕТЕЙС DQ- И MIC НЕСОВМЕСТИМОСТЬЮ

Грачева Л.А., Петрова Л.В., Валов А.Л., Румянцев А.Л., Латышева М.Н..
Российская Детская Клиническая Больница ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Введение. Подбор пары донор- реципиент при пересадке почки вызывает большие сложности, в связи с небольшим листом ожидания пациентов и необходимостью добиваться совместимости по ген-

ному составу главного комплекса гистосовместимости ткани (HLA) и по антигенам групп крови.

Цель исследования – выявить de novo анти- HLA антитела, вызывающие реакцию антитело – опосредованного отторжения почки, после пересадки аллогенной почки детям.

Материалы и методы. В исследование включено 280 детей (13,2 ± 0,8 лет). Гены HLA у донора и реципиента типировали по локусам A, B, DR (SSO –генотипирование LABType SSO, Micro SSP, реагенты фирмы «One Lambda»). Работа проводилась на мультиплексном анализаторе «Luminex 200». У пациентов после трансплантации почки выявляли de novo анти-HLA антитела (АТ). Определяли: процент панель-реактивных антител (ПРА), специфичность анти-HLA антител и среднюю флюоресценцию антител (MFI). Наборы LABScreen, фирмы «One Lambda». Идентифицировали комплемент – связывающие C1q антитела к антигенам HLA (наборы C1q Screen One Lambda).

Результаты. После пересадки донорской почки у 148 детей (53,2%) выявляли de novo анти- HLA АТ к антигенам HLA II класса. Из 148 у 83 детей (56%) антитела были к антигенам DQ локуса HLA с преобладающим профилем специфичностей: DQ6, DQ4 и DQ2 и с процентом панель – реактивных антител (cPRA): 2–18%. Из 83, у шести (7,2%) пациентов данные антитела были высоко реактивны (MFI: 1800-22000) и связывали C1q компонент комплемента. У одного больного анти- DQ2 антитела сочетались с анти- MIC антителами с MFI: 11000. У этих семи больных развивалось острое антитело-опосредованное отторжение (ABMR) трансплантата, которое характеризовалось: понижением скорости клубочковой фильтрации до 28 ml/min; повышением уровня креатинина до193 μmol/L; в биоптатах почек выявляли C4d компонент комплемента. Больным с ABMR проводилась терапия для купирования ABMR.

Заключение. Необходимо до пересадки аллогенной почки типировать локусы HLA DQB1 и неклассические гены HLA (гены MIC (гены, связанные с классом I MHC)) и добиваться селективного совпадения генов этих локусов при подборе пары донор – реципиент.

ЗНАЧЕНИЕ ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Кириллов В.И., Богданова Н.А., Никитина С.Ю.
ФГБОУ Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.Евдокимова
ГБУЗ "Детская клиническая государственная больница святого Владимира ДЗМ"

В практической нефрологии отсутствуют однозначные мнения о диагностических критериях острого почечного воспаления в то время, как своевременная адекватная терапия позволяет в значительной мере исключить хронизацию заболевания.

Целью исследования явилось определение диагностических возможностей основных визуализирующих технологий, используемых в рутинной практике.

Обследовано 63 ребенка с первыми проявлениям острой инфекции мочевой системы (ИМС) в возрасте от 2-х до 17 лет: 32 пациента с манифестными признаками воспалительного процесса в почках (группа 1) и (группа 2). Критерием включения в анализ являлось отсутствие по данным проведенных рентгеноконтрастных пособий (внутривенной урографии, микционной цистографии), аномалий развития почек и пузырно-мочеточникового рефлюкса. Кроме указанных методов использовалось ультразвуковое исследование (УЗИ) почек в режиме "серой шкалы" и цветового допплеровского картрирования (ЦДК), где нормативами служили данные Е.Б.Ольховой (2006), а также статическая нефросцинтиграфия (НСГ) с Tc99mDMSA.

Сонографические признаки пиелита зарегистрированы у 4 и 2 детей, соответственно 1 ой и 2ой групп. У 2-х пациентов 1 группы отмечались гиперэхогенные фокусы в верхнем полюсе левой почки, расцениваемые в качестве признаков острого фокального бактериального нефрита. При НСГ в периоде активных появлений ИМС диффузные и/или сегментарное неравномерное накопление радиофармпрепарата (РФП) установлено соответственно у 29 (90,6%) и 17 (54,8%) детей (p<0,05). тем не менее, повторное исследование через 6 месяцев показало нормализацию распределения РФП или значительную положительную динамику у 62,1% и 70,6% пациентов с исходными изменениями (p>0,1) в то время, как они сохранялись в 37,9% и 29,4% случаев (p>0,1).

Таким образом, анализ диагностической значимости используемых визуализирующих технологий для определения острого почечного воспаления показал малую информативность УЗИ и неоднозначность изменений на НСГ ввиду их недостаточной чувствительности (95,2%) и носящих отсроченный характер. В тоже время, в подавляющем большинстве случаев патологические находки на НСГ совпадали с общеклиническими проявлениям острого пиелонефрита в виде лихорадки, лейкоцитоза, высоких показателей СОЭ и С-реактивного белка.

ВОЗМОЖНОСТИ ЦИТОКИНОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Кириллов В.И., Богданова Н.А., Никитина С.Ю.
ФГБОУ Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва
ГБУЗ "Детская клиническая государственная больница святого Владимира ДЗМ", Москва

Диагностика локализации воспалительного процесса в органах мочевой системы является актуальной проблемой в нефрологии ввиду нозологической неспецифичности клинического симптомокомплекса и несостоятельности визуализирующих технологий, обладающего либо низкой чувствительностью, либо характеризующиеся неоднозначностью трактовки полученных результатов

Целью работы явилась количественная оценка цитокинов мочи в 3-х группах детей: с однозначными клинико-лабораторными признаками острого пиелонефрита (ПН) (n=16), с симптоматикой инфекции мочевых путей без явных проявлений почечного воспаления (“неклассифицируемая ИМС”) (n=13) и у 15 практически здоровых детей (контрольная группа). В утренней порции мочи с помощью моноклональных антител к искомым цитокинам на платформе двулучевого лазерного анализатора BLO-PLEX 200 (Bio-Rad, США) определялись интрелейкины -2, -4, -6, -8, -10 (ИЛ-2, -4, -6, -8, -10), интерферон-γ (ИФН-γ), фактор некроза опухоли-α (ФНО-α), гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор (ГМ-КСФ).

Установлено, что во всех 3х группах детей концентрация ИЛ-2, ИЛ-4 и ФНО-α была меньше нижнего порога чувствительности используемого метода. При сравнительном анализе показателей в 2-х первых группах наибольшей чувствительностью в отношении острого ПН обладало повышение ИЛ-8, хотя специфичность подобных значений была низкой (38,5%). Наибольшую специфичность имели высокие значения ИФН-γ (100%), ИЛ-6 (92,3%) и ИЛ-10 (84,6%). Повышенное содержание ГМ-КСФ занимало по данным показателям пограничное положение (чувствительность 56,2%, специфичность – 61,5%).

Таким образом. наибольшую для ПН диагностическую значимость имеет определение в моче ИФН-γ, ИЛ-10, ИЛ-6, что нашло подтверждение в высоких показателях прогностической оценки положительных результатов (PPV), составивших, соответственно 100%, 85,7%, 83,3%.

ЛЮПУС НЕФРИТ У ДЕТЕЙ: 20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ БЕЛОРУССКОГО НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Козыро И.А., Сукало А.В.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение. Люпус нефрит (ЛН) – неблагоприятный прогностический и критерий определения объема терапии.

Цель исследования – анализ клинико-лабораторных, морфологических характеристик ЛН у детей, лечения и факторов, влияющих на прогноз.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось две группы детей (n=60, из них 10 мальчиков) в возрасте от 6 до 17 лет: 1) историческая (1998–2012гг наблюдения) и 2) проспективная с 2013 г. по настоящее время.

Результаты. Медиана возраста дебюта болезни 13,5 в1-й и 12,5 лет во 2-й группе, медиана от дебюта до постановки диагноза 6 и 2 мес. (p=0,005), поражение почек в дебюте в 53% и 47%, соответственно. Клинический фенотип характеризовался высокой активностью и частотой почечной, гематологической и неврологической и психиатрической симптоматики, мультиорганным поражением: в 1-й группе чаще серозиты, нейролюпус, АФС и висцериты в сравнении со 2-й (p<0,05). ОПН у 5 детей 1-й группы. Наиболее частый морфологический вариант – 4 класс ЛН (у 20 и 26 детей, соответственно), максимальный индекс активности 16. АГ у 88,3% (53/60). В 1-й группе в лечении чаще использовался плазмаферез (n=13) в комбинации с пульс-терапией ГКС (n=15), а также цитостатики (ЦС) (циклофосфан (ЦФ), лейкеран, азатиоприн, циклоспорин, метотрексат), у всех проводилась смена ЦС. Во 2-й группе использованы протоколы KDIGO 2012г., Еролюпус: индукция пульс ЦФ№6 с переходом на поддерживающую ГКС и азатиоприном, что позволило подавить активность ЛН в течение от 5 до 11 мес., медиана 6, в сравнении с 1-й группой (6–24 мес., медиана 13,5). Прогрессирование ХПН в 1-й группе у 5/8 (63%) мальчиков, причем у 4 с ранней манифестацией болезни до 8-летнего возраста, во 2-й группе у трех до терминальной ХПН (все впервые поступили с ХПН 2–3 ст.), успешно трансплантированы. Летальность (6,7%): в обеих группах по 2 ребенка по причине инфекций, чаще в связи с изначально «запущенным» состоянием и некомплаентностью к лечению (две девочки кавказской принадлежности).

Заключение. Инфекционные осложнения, некомплаентность к терапии, социальный статус явились факторами неблагоприятного исхода у детей. Своевременная диагностика и агрессивная терапия индукции должны быть использованы для предотвращения хронических необратимых последствий.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА STAT4 RS 7574865 У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЛОМЕРУЛОПАТИЯМИ

Козыро И.А.[1], Белькевич А.Г.[1], Сукало А.В.[1], Гончарова Р.И.[2], Никитченко Н.В.[2]
[1]Белорусский государственный медицинский университет, Минск, [2]Национальная Академия Наук Беларуси, Минск

Введение. Ассоциация полиморфных вариантов гена STAT4 с повышением риска развития гломерулярной патологии активно подтверждается все большим числом исследований.

Цель – провести анализ полиморфизма гена STAT4rs7574865 G>T у пациентов с хроническими болезнями клубочкового аппарата почки (ГП).

Материалы и методы. Общий объем генотипированной выборки составил 400 детей (из них 70 с хроническими ГП). Группа контроля – дети без аутоиммунных и воспалительных заболеваний (*n*=330). Среди первичных ГП (*n*=40): наследственный нефрит (*n*=37), фокально-сегментарный гломерулосклероз (*n*=1), IgA нефропатия (*n*=2), среди вторичных (*n*=30): СКВ с люпус нефритом (*n*=17), АНЦА-васкулит с поражением почек (*n*=9), IgA-васкулит с нефритом (*n*=4). Возраст обследуемых от 5 до 17 лет, соотношение девочки:мальчики среди ГП 55,07:44,93%, контроля 45,02:54,98%.

Результаты. Распределение частот генотипов и аллелей полиморфного локуса гена STAT4 rs7574865 G>T в группах пациентов с ГП по сравнению с контролем: генотипов GG при ГП *n*=33 (47,83%) и контроле *n*=203 (61,33%), GT *n*=28 (40,58%) и *n*=110 (33,23%), TT *n*=8 (11,59%) и *n*=18 (5,44%), *p*=0,05, аллелей G *n*=94 (68,12%) и *n*=516 (77,95%), T *n*=44 (31,88%) и *n*=146 (22,05%), *p*=0,01, соответственно. Распределение частот генотипов и аллелей полиморфного локуса гена STAT4 rs7574865 G>T у девочек с ГП по сравнению с контролем (девочки): GG при ГП *n*=15 (39,47%) и контроле *n*=95 (63,76%), GT *n*=18 (47,37%) и *n*=44 (29,53%), TT *n*=5 (13,16%) и *n*=10 (6,71%), *p*=0,02, аллелей G *n*=48 (63,16%) и *n*=234 (78,52%), T *n*=28 (36,84%) и *n*=64 (21,48%), *p*=0,006, соответственно.

Заключение. Обнаружено статистически значимое повышение частоты минорного аллеля T гена STAT4 (rs7574865) в группе пациентов с ГП по сравнению с контролем (OR=1,65 при 95%CI [1,11–2,47] и *p*=0,01), что позволяет рассматривать этот аллель как рисковый. Данная зависимость была более выражена у девочек (OR=2,13 при 95%CI [1,24–3,67] и *p*=0,006). Также у девочек отмечено значимое повышение частоты генотипа GT, что позволяет формировать группы высокого риска развития ГП.

ПОЧЕЧНЫЙ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА.

Крылова-Олефиренко А.В., Летковская Т.А., Сукало А.В.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение. Целью нашего исследования была оценка функции почек в динамике у детей, наблюдающихся по поводу морфологически верифицированного хронического гломерулонефрита (клинически гематурическая форма).

Материалы и методы. В исследование включены 20 детей с гематурией и следовой/минимальной протеинурией (медиана 0,142 г/сут) в возрасте от 2 до 16 лет на момент проведения нефробиопсии. Минимальный срок наблюдения составил 30 мес, максимальный – 147 мес (медиана 69 месяцев). Препараты нефробиопсий оценивались по Оксфордской классификации, во всех случаях проведено иммуногистохимическое окрашивание с антителами к иммуноглобулинам A, G, M, C3 компоненту комплемента, гладкомышечному актину альфа (alphaSMA) и CD68.

Результаты. Ни у одного из 20 обследованных пациентов не отмечено прогрессирование до терминальной ХПН. Пациентам за весь срок наблюдения не понадобилось назначение активной патогенетической терапии. У 13 пациентов рСКФ была в пределах нормы, у 7 – была незначительно снижена (60–90 мл/мин/1,73м2). Клинические признаки при проведении нефробиопсии достоверно не отличались у пациентов со сниженной и нормальной рСКФ при последнем обследовании. Выраженность мезангиальной пролиферации, наличие гломерулосклероза и интерстициального фиброза у большинства обследованных пациентов варьировали от слабой до умеренной степени и не отличались у детей, у которых в дальнейшем отмечено снижение рСКФ и у детей со стабильно нормальной рСКФ.

Была выявлена отрицательная достоверная корредяционная взаимосвязь (*r*=-0,523, *p*=0,031) между числом гломерулярных макрофагов на один клубочек и рСКФ при наиболее позднем осмотре. Гломерулярная экспрессия alphaSMA варьировала в значительных пределах (от 0 до 70% + клеток на клубочек), однако достоверных отличий между пациентами с нормальной и сниженной рСКФ при последнем наблюдении отмечено не было.

Заключение. У 7 из 20 пациентов с гематурической формой гломерулонефрита и минимальной протеинурией отмечено снижение рСКФ в динамике, соответствующее 2 ст ХБП. Число гломерулярных макрофагов может быть показателем прогрессирования ХБП у данной категории пациентов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Летифов Г.М., Чеботарева Ю.Ю., Горбань Е.Г., Костоева З.А.
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ России, Ростов-на-Дону

В настоящее время у девушек-подростков с рецидивирующими инфекциями мочевых путей (ИМП) отмечается высокая частота репродуктивных нарушений. Полагают, что при хроническом пиелонефрите в подростковом возрасте нарушается обмен веществ с изменением концентрации циркулирующих гормонов и/или нарушением воздействия гормонов на ткани-мишени.

Цель: изучить особенности гормонального профиля у пациенток с рецидивами ИМП. Материалы и методы. Обследовано 156 девушек-подростков (15,5±1,5 лет), из них 1 группа (n=41) – пациентки с острой ИМП; 2 группа (n=43) – с редкими рецидивами хронической ИМП; 3 группа (n=42) – с частыми рецидивами ИМП (4 и более раз в год); 4 группа (n=30) – девушки 1, 2 групп здоровья без ИМП. Путем иммуноферментного анализа на 5–7 день менструального цикла определяли концентрации гонадотропных (ЛГ, ФСГ, пролактин (ПРЛ)) и стероидных гормонов (E_2, тестостерон, ДЭГА-С, кортизол), прогестерон на 22–24 день цикла.

Результаты. У пациенток 3 группы с часто рецидивирующей ИМП, в сравнении с пациентками 1 и 2 групп, выявлено достоверное повышение уровней ЛГ, тестостерона, кортизола, ДГЭА-С, при снижении концентраций ПРЛ, E_2 (p<0,05). Уровни прогестерона, определяемые на 22–24 день от начала менструации, у пациенток с частыми рецидивами ИМП были значимо ниже, чем у пациенток 1-ой, 2-ой, 3-ей и контрольной групп. У пациенток с острой ИМП при наличии овуляторного цикла гормональный статус был аналогичным с группой контроля(p>0,1). При этом в условиях ановуляции отмечалось повышение ЛГ, кортизола на фоне тенденции к снижению ФСГ (p <0,05). У пациенток 2 группы с редкими рецидивами ИМП при наличии овуляторного цикла гормональный статус был аналогичным с группой контроля (p>0,1), в условиях ановуляции, в сравнении с контролем, отмечалось достоверное повышение кортизола и ЛГ (p<0,05). У 90,5% пациенток 3 группы с частыми рецидивами ИМП овуляторных циклов не было.

Заключение. У девушек-подростков с частыми рецидивами ИМП имеются выраженные нарушения гормонального статуса в виде гипопрогестеронемии, повышения уровня кортизола и тестостерона. В основе развития репродуктивных нарушений лежит развитие хронической ановуляции, что требует проведения патогенетической коррекции.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЦЕССОВ КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ШКОЛЬНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

Мартюшов А.Э.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Проблема микробно-воспалительных поражений органов мочевой системы, в том числе и пиелонефрита является одной из актуальных в педиатрии и детской нефрологии. Это связано как с высокой распространенностью данной патологии в детской популяции, так и с ростом заболеваемости пиелонефритом, особенно в экологически неблагополучных регионах. Отмечено нарастание у детей доли микробно-воспалительных поражений органов мочевой системы, развившихся на фоне уролитиаза вследствие метаболических нарушений.

Цель исследования. Определить особенности процессов камнеобразования в органах мочевой системы у школьников, страдающих хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы. В исследование включено 102 ребенка в возрасте 8 – 15 лет с хроническим пиелонефритом. Всем пациентам было проведено полное обследование с использованием комплекса современных методов, регламентированных протоколом диагностики и лечения пиелонефрита у детей, включая биохимический анализ мочи с определением суточной экскреции оксалатов, фосфатов, уратов, а также исследование мочи методом клиновидной дегидратации с использованием «ЛИТОС-системы» для определения в органах мочевой системы наличия и степени выраженности процессов камнеобразования.

Результаты. Повышенная экскреция солей в суточной моче была зарегистрирована у 80,4% детей, при этом половина пациентов из этого количества имела кристаллурию, представленную только одним определенным видом соли. У остального числа пациентов суточная экскреция солей с мочой была смешанной (одновременное выделение двух, или трех видов солей). Во всех случаях кристаллурии отмечалось преобладание выделения оксалатов. У 74,5% детей с ВХПН в органах мочевой системы имелись признаки камнеобразования различной степени выраженности: умеренная (50% случаев), слабая (47,4%), выраженная (2,6%) степени активности камнеобразования. У 21,1% больных ВХПН, у которых при использовании метода клиновидной дегидратации в органах мочевой системы была выявлена различной степени выраженности активность камнеобразования, суточная экскреция солей (оксалатов, фосфатов, уратов) с мочой не превышала возрастные нормативы

Заключение. Хронический пиелонефрит у детей школьного возраста, проживающих в условиях крупного промышленного центра, сопровождается изменением неорганической части мочевого осадка в виде кристаллурии, обусловленной солями преимущественно щавелевой кислоты, а также изменением литогенных свойств мочи, что проявляется наличием активного камнеобразования в органах мочевой системы.

ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ – ОСЛОЖНЕНИЕ ИЛИ ПРОЯВЛЕНИЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ.

Морева Г.В., Лукьянова В.Н., Рассохина И.П., Маслова М.Ю., Межаков В.А.
ТОКБ №1, ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень.

Введение. В настоящий момент наиболее исследовано состояние фосфорно- кальциевого обмена и костного метаболизма при ХПН и нефротической форме ГН, при котором высоко влияние ГКС терапии на формирование стероидного остеопороза. В последние годы изучаются новые маркеры костного метаболизма при патологии почек – остеокальцин, С – концевой телопептид в сыворотке крови.

Цель исследования. Проанализировать уровень кальция и альбумина у детей больных гломерулонефритом (ГН) с нефротическим синдромом (НС) в дебюте и при рецидивах заболевания.

Материалы и методы. Было изучено 82 клинических случая детей больных ГН с НС в возрасте от 8 месяцев до 12 лет, находящихся на лечении в ТОКБ №1 г. Тюмени в 2015–2018 гг.

Результаты исследования. По результатам исследования было выявлено, что 80% случаев (16 случаев с дебютом НС и 50 с рецидивами) имеют гипокальциемию в диапазоне 1,8–2,1 мМ/л на старте ГКС терапии. При этом в 17 случаях уровень кальция был 2,0–2,1 мМ/л, а в 49 случаев –1,8–2,0 мМ/л.

Выявлено, что в 90% случаев гипокальциемия сопровождает гипоальбуминемию в периоде активности ГН с НС. Проанализирована динамика кальциемии в течение первого месяца ГКС терапии НС. Восстановление уровня кальция до 2,2–2,5 мМ/л в сыворотке крови происходило к 14 дню пребывания в стационаре при условии в/в введения глюконата кальция и к 21 дню заболевания, не зависимо от приема препаратов кальция.

Выявлена прямая корреляция восстановления уровня альбумина и кальция в сыворотке крови.

Заключение. Снижение уровня кальция до 1,8–2,1 мМ/л выявляется в 80% случаев у детей больных ГН с НС: в 100% случаев дебюта (16) и в 75% (50) случаев при рецидивах заболевания в начале ГКС терапии. Это позволяет утверждать, что гипокальциемия является параллельным самостоятельным проявлением при ГН с НС у детей, отражая повреждение канальцевой части нефрона. Выявление стартовой гипокальциемии у больных с НС определяет ответственное назначение препаратов кальция и витамина Д параллельно с началом ГКС терапии.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭТИОЛОГИИ ГУС У ДЕТЕЙ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ.

Морева Г.В., Горохова Н.Е., .Халидуллина О.Ю., Лукьянова В.Н., Абукеримова А.К.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ России, ГБУЗ ТО ОКБ №1, Тюмень

Введение. Гемолитико-уремический синдром (ГУС) характеризуется триадой: механическая гемолитическая анемия, тромбоцитопения, почечная недостаточность; преимущественно развивается у детей раннего возраста.

Цель работы. Провести оценку лабораторных данных в диагностике этиологии ГУС у детей, включая активность ADAMTS-13 и комплементарной системы.

Материалы и методы. Проанализированы 37 историй болезни детского отделения №1 и ОРИТ «ТОКБ №1» за 2014 – 2018г., из которых 27 историй с ГУС, при этом у 25 (92,6%) типичный ГУС и у 2 (7,4%) атипичный ГУС. Дети до 3 лет включительно составили 66,7% .

Результаты. У 20(74%) детей в дебюте гастроинтестинальный синдром, у 5 – респираторная патология, у 1 – отит , 1 – флегмонозный аппендицит. Триада ГУС представлена у всех больных, подтверждена клиническими и лабораторными тестами. Пациентам проводилось диагностическое бактериологическое и серологическое обследование на фоне терапии. Шигатоксин выявлен в 1 из 4 ПЦР исследований кала до антибактериального лечения. У 2 выявлен АГ норовируса. Исследования на сальмонеллезную, дизентерийную и ЭНКП группы возбудителей всеми методами во всех случаях оказались отрицательными. В 44% случаев в бак. посевах из бронхиального лаважа, перитонеального диализата, из катетеров, из мочи и кала выделелена бактериальная флора, в том числе из кала у 5 больных выделена неэнтеропатогенная E. Coli, у 2 маркеры Clostridium deficile. Маркеры ВИЧ, гепатитов, антинуклеарные АТ не выявлены ни в одном случае. Из 14 обследованных фракция комплемента С3 снижена у 28,6%, С4 у 14,3% больных. Металлопротеиназа ADAMTS 13 исследована у 12 детей, снижена у 9(75%) до 56–78% (у здоровых 80–120%), что исключало ТТП.

Заключение. У 44% детей выявлена ассоциация ГУС с бактериальной флорой. Исследование системы комплемента использовано не у всех больных и не в полном объеме, что снижает частоту выявления комплементзависимого АГУС и соответственно частоту назначения современного лечения экулизумабом.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЕЛКОВ, СВЯЗЫВАЮЩИХ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ, В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ни А., Сергеева Е.В., Шишацкая С.Н., Зернова Е.С., Приходченко Н.Г.
ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, Владивосток

Введение. На современном этапе, проблема инфекции мочевыводящих путей у детей остается весьма актуальной. Интерес к данному заболеванию связан, прежде всего, с высокой распространенно-

стью данной патологии, а также с развитием тяжелых осложнений вплоть до формирования хронической почечной недостаточности. Учитывая, что недооценка тяжести инфекционного процесса, позднее назначение патогенетической и этиотропной терапии может привести к фиброзу в почечной паренхиме, необходим поиск ранних достоверных маркеров бактериального воспаления.

Цель исследования: выявить роль белков, связывающих жирные кислоты, в механизмах развития инфекции мочевыводящих путей у детей грудного и раннего возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 40 детей (I группа), которым в результате комплексного обследования поставлен диагноз: инфекция мочевыводящих путей. II группа (контрольная) – 20 здоровых детей. Обследованные дети не отличались между собой по возрастному и масса – ростовому показателям ($p > 0,05$). Пациентам основной и контрольной групп в сыворотке крови определяли уровень белков, связывающих жирные кислоты – L– FABP (печеночная форма), I– FABP (кишечная форма) с помощью метода иммуноферментного анализа. Результаты исследования обработаны с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты. Проведенный анализ показал, что содержание в крови обеих фракций белков у пациентов основной группы было достоверно выше, чем у детей контрольной группы. Содержание L– FABP у пациентов I группы составило 798,89 ± 171,69 пг/мл, у детей II группы – 175,86 ± 23,07 пг/мл. I– FABP у пациентов с инфекцией мочевыводящих путей – 92,37 ± 18,53 пг/мл, у детей контрольной группы – 19,21 ± 4,94 пг/мл (достоверность различий $p<0,01$).

Выводы. Таким образом, полученные результаты расширяют представления о патогенезе инфекции мочевыводящих путей. Использование в клинической практике биомаркеров, определяемых в плазме крови, позволяет улучшить диагностику бактериального воспаления у детей грудного и раннего возраста.

ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНОГО ДИСБИОЗА НА ФОРМИРОВАНИЕ ВТОРИЧНОЙ ГИПЕРОКСАЛУРИИ У ДЕТЕЙ

Обухова А.Н., Халецкая О.В.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава РФ, Нижний Новгород

Введение. Микрофлора кишечника играет одну из ключевых ролей в поддержании здоровья человека через воздействие на метаболические процессы. Именно кишечной микрофлоре, способной к деградации оксалатов, отводится большое внимание в патогенезе вторичной гипероксалурии.

Цель исследования – изучить состояние кишечной микрофлоры у детей с вторичной гипероксалурией.

Материалы и методы. В исследование включены дети (n=20) в возрасте от 2 до 6 лет (3,15±1,08) с диагнозом вторичной гипероксалурии. Всем детям проводилось микробиологическое исследование кала на дисбиоз. При обследовании детей использовался опросник по клиническим проявлениям дисбактериоза кишечника у детей (Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника: ОСТ 91500.11.0004–2003. Приказ Минздрава России № 231 от 09.06.03).

Результаты. Снижение содержания облигатных представителей микробиоценоза кишечника наблюдалось у 95% детей (n=19). В большинстве случаев определялся дефицит Lactobacillus – 65% (n=13). Дефицит Bifidobacterium был выявлен у 3 детей. У половины обследованных детей (45%, n=9) отмечался заместительный рост представителей условно-патогенной флоры в высоких титрах (до 10^7–10^8 КОЕ/г) вследствие снижения числа анаэробных представителей облигатной микрофлоры, обладающих высокой антагонистической активностью. В основном определялись бактерии родов Klebsiella (35%, n=7), Proteus (20%, n=2), Citrobacter (20%, n=4), Enterobacter (5%, n=1) и Serratia (5%, n=1). Снижение колонизации E. coli с нормальной ферментативной активностью наблюдалось у 15% детей (n=3). У 20% пациентов (n=4) регистрировался избыточный рост лактазонегативной и гемолитической E. coli. Грибы рода Candida были обнаружены у 2 пациентов.

Что касается клинического проявления дисбиоза, то нарушение в массе тела вследствие низких прибавок регистрировалось у 9 пациентов (45%). Изменения со стороны кожи (бледность, сухость, шелушение, экскареации) имели 35% детей (n=7). Практически у всех детей (90%, n=19) присутствовали симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта: снижение аппетита (60%, n=12), гнилостный запах изо рта (60%, n=12), метеоризм (50%, n=10), боли в животе (30%, n=6). Изменение стула (запор, кашицеобразный стул с непереваренными комочками слизи) присутствовало у 70% (n=14) детей.

Заключение. У детей с вторичной гипероксалурией присутствуют нарушения в кишечной микрофлоре. Своевременное выявление кишечного дисбиоза с последующей его коррекцией, позволит предотвратить дальнейшее развитие гипероксалурии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНОГО ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК ИНФАНТИЛЬНОГО ТИПА У НОВОРОЖДЕННОГО.

Паршукова Л.Н. Петрушина А.Д., Косинова С.Р.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

Введение. Поликистозная болезнь почек – генетически обусловленное заболевание, связанное с образованием и прогрессированием кист в почках, происходящих из эпителиоцитов канальцев и/или собирательных трубочек, представленный двумя вариантами – аутосомно-доминантным и аутосомно-рецессивным.

Клинический пример. Недоношенный мальчик от 2 беременности 2 преждевременных родов в сроке гестации 36 недель, с массой 3090 г, длиной тела 47 см, с оценкой по Апгар 6/7 баллов. Из анамнеза: женщина наблюдалась с 32 недель, на 33–34-й неделе беременности по УЗИ выявлена аутосомно-рецессивная поликистозная болезнь почек. Прогноз для жизни плода и будущего ребенка неблагоприятный. Учитывая срок беременности и желание женщины вынашивать ребенка, беременность пролонгировали. Состояние с рождения крайне тяжелое, за счет дыхательных нарушений на фоне наличия врожденного порока развития моче-половой системы. Рентгенологически нельзя исключить гипоплазию легких. Поликистозная болезнь почек подтверждена по данным УЗИ после рождения. Клинически отмечалась анурия с первых суток жизни. В лечении ИВЛ, инфузионная терапия, антибактериальная терапия, энтеральное питание через зонд, медикаментозная анальгезия. В возрасте 1-х суток 19 часов отмечается отрицательная динамика в результате прогрессирования синдрома полиорганной недостаточности, и на фоне проводимых реанимационных мероприятий наступила остановка сердечной и дыхательной деятельности. На вскрытии обнаружены множественные врожденные пороки развития: поликистоз почек инфантильного типа, кистозный фиброаденоматоз печени, агенезия желчного пузыря. Непосредственной причиной смерти больного явилась полиорганная недостаточность.

Выводы. В настоящее время существуют проблемы своевременной диагностики поликистоза почек (малодоступность и дороговизна молекулярно-генетических исследований) и ведения этих пациентов в связи с отсутствием в настоящее время эффективного лечения. Семьи, имеющие детей с поликистозом почек, нуждаются в молекулярно-генетической диагностике для уточнения генетической формы болезни и оценка риска рождения больного ребенка при последующих беременностях, а также с целью определения показаний для проведения пренатальной ДНК-диагностики.

СИНДРОМ ГЕМАТУРИИ У ДЕТЕЙ.

Подпружникова Д.А., Зенченко О.А., Гуревич Н.Л.
ФГБУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул.

Введение. В последние годы отмечается увеличение числа заболеваний органов мочевой системы у детей, в том числе, протекающих с синдромом гематурии. Своевременная диагностика причин гематурии и адекватная коррекция выявленных нарушений могут позволить улучшить прогноз заболевания.

Цель исследования – выявить факторы риска развития гематурии у детей

Материалы и методы. В исследование включено 58 пациентов (26 мальчиков, 32 девочек в возрасте 1–17 лет) с синдромом гематурии. Проведены биохимическое исследование мочи с определением уровня кальция, фосфора, мочевой кислоты и низкомолекулярного белка (микропротеина), проба Зимницкого, исследование системы гемостаза с определением функции тромбоцитов (агрегация тромбоцитов, индуцированная АДФ, коллагеном и адреналином, ристомицином)

Результаты. У всех пациентов с гематурией выявлены нарушения обменного характера: у 16 (27,5%) – гиперкальцийурия, у 20 (34,48 %) – фосфатурия, повышение уровня мочевой кислоты в моче – у 22 (37,93%). Канальцевая протеинурия отмечалась у 35 (60,34%) детей; у 46 (79,31%) – гипостенурия. Нарушения агрегации тромбоцитов выявлены у 49 (84,48%) пациентов.

Заключение. Проведенное исследование показало, что наиболее частой причиной гематурии у обследованных больных явилась дисфункция почечных канальцев, проявляющаяся гиперкальциурией, фосфатурией и уратурией, канальцевой протеинурией и гипостенурией. Выявленные нарушения в системе гемостазе (тромбоцитопатии) могут быть усугубляющим фактором в возникновении гематурии у детей на фоне канальцевых дисфункций почек.

Таким образом, детям с гематурией показано наблюдение не только у врача нефролога, но и необходима консультация и рекомендации врача – гематолога.

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Раздолькина Т.И., Климова Е.В., Жаров А.Н.
ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница», Саранск

Введение. Врожденные аномалии развития мочевой системы (ВАР МС) являются определяющим фактором хронического течения патологического процесса с большой вероятностью исхода в хроническую почечную недостаточность.

Цель исследования: оценка структуры врожденных аномалий развития органов мочевой системы у детей Республики Мордовия по данным урологического отделения ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница».

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 113 историй болезни детей, находившихся

на стационарном обследовании и лечении в урологическом отделении ГБУЗ РМ «ДРКБ» г. Саранска в 2017 году с впервые выявленными ВАР МС. Мальчиков было 66, девочек – 47. Возраст пациентов на момент диагностирования заболевания составил от 1 месяца до 17 лет. Статистическая обработка включала анализ частоты встречаемости признака. Для определения значимости различий использован t критерий Стьюдента.

Результаты. Врожденные пороки развития мочевой системы несколько чаще были диагностированы у мальчиков (58%), более чем в половине случаев выявлены в грудном и раннем возрасте (59,3%) при проведении планового ультразвукового исследования (46%). Аномалии развития почек были диагностированы в 23,9% случаев, мочеточников – 3,5%, пузырно-мочеточникового соустья – 25,6%, аномалии почечных сосудов – в 12,4% случаев. У 25,6% пациентов была выявлена гидронефротическая трансформация (в том числе левосторонняя – 15,1%; правосторонняя – 7,9% и двусторонняя – 2,6%). Необходимо отметить, что у мальчиков по сравнению с девочками несколько чаще были выявлены аномалии развития почек (соответственно 13,3% и 10,6%), значительно чаще гидронефротическая трансформация (соответственно 20,3% и 5,3%; $p<$ 0,001). В то время как у девочек несколько чаще были диагностированы аномалии развития пузырно-мочеточникового соустья (соответственно 15,0% и 10,6%).

Заключение. У детей Республики Мордовия врожденные аномалии развития мочевой системы за анализируемый период более чем в половине случаев были диагностированы в грудном и раннем возрасте. В структуре ВАР МС преобладали гидронефротическая трансформация, пузырно-мочеточниковый рефлюкс и аномалии развития почек.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С RENAL-COLOBOMA SYNDROME (RCS)

Савенкова Н.Д., Левиашвили Ж.Г., Бржеский В.В., Андреева Э.Ф.

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет МЗ России, Санкт-Петербург

Цель: выявить особенности патологии почек у 3 детей с RCS.

Результаты: Девочка (2000 г.р.) родилась от 1 беременности, с массой тела 2850г., длиной 45см. По УЗИ на 32 неделе гестации установлен мультикистоз правой почки, у новорожденной- колобома, в 5 лет протеинурия и артериальная гипертензия (АГ). В 8 лет у девочки диагностирован RCS: колобома дисков зрительных нервов, хориоидальный эпибульбарный дермоид слева, центральный и периферический хориоретинит в рубцовой стадии, миопия глаз, горизонтальный нистагм, косоглазие; мультикистоз правой нефункционирующей почки, по ангиографии сужение левой почечной артерии. После нефрэктомии определена мультикистозная дисплазия почки по гипопластическому типу. В 10 лет выявлены повышение креатинина, анемия, метаболический ацидоз, в 13 лет – ХБПС5. Генеалогический анализ: у бабушки пробанда по отцовской линии колобома, тугоухость, патология почек с ХБП, летальный исход в 38 лет; у отца пробанда АГ. При молекулярно-генетическом исследовании: частичном ДНК анализе гена PAX2 обнаружена нуклеотидная замена в интроне 6 гена pax 2 :ivs6-1-g ->c в гетерозиготном состоянии.

Мальчик (2012 г.р.) родился в 38 недель от 2-й беременности, протекавшей с маловодием, с массой тела 3050г, длиной 52см. ОПП с неполным восстановлением функции в 1 мес. Диагностирован RCS: кистозная гипоплазия почек, дисплазия почечной артерии справа, реноваскулярная АГ, ХБПС2; колобомы дисков зрительных нервов обоих глаз, сосудистой оболочки, в 5,5 лет – ХБПС4.

Девочка (2012 г.р.) родилась от 3-ей беременности, протекавшей с маловодием, преэклампсией, масса тела 3070г, длина 49см. ОПП в неонатальном периоде. Диагностирован RCS: поликистоз почек, ХБПС1; колобома дисков зрительных нервов обоих глаз, нистагм; гипоплазия мозжечка, киста задней черепной ямки, гидроцефалия.

Вывод: У 3 пациентов с RCS установлены: мультикистозная дисплазия правой почки, сужение левой почечной артерии, реноваскулярная АГ; кистозная гипоплазия почек, дисплазия почечной артерии справа, реноваскулярная АГ; поликистоз почек; у всех исход в ХБП.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ

Ситникова Е.П.[1], Чиркова О.Н.[2] , Пухова Т.Г.[1], Леонтьев И.А.[1]

[1]Кафедра педиатрии № 2 ФГБОУ ВО ЯГМУ

[2]ГБУЗ ЯО Областная детская клиническая больница

Введение. По данным популяционных исследований за последние 10 лет отмечаются высокие темпы роста врожденных пороков развития (ВПР) почек у детей. Одним из ведущих факторов, способствующих возникновению ВПР у детей, является антропогенное загрязнение окружающей среды. Таким образом одной из актуальных проблем педиатрической нефрологии является изучение эпидемиологических особенностей ВПР у детей.

Цель работы: изучение эпидемиологии и клинических особенностей ВПР у детей региона.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни 178 детей, получавших стационарное лечение в ГБУЗ ЯО ОДКБ г. Ярославля с 2016 по 2018 г.

Результаты. Мальчиков было несколько больше (54,2%), чем девочек. Наблюдались дети от 2 месяцев до 16 лет. Преобладали пациенты раннего возраста, из них до года – 42%. За наблюдаемый период количество ВПР увеличилось вдвое. В структуре преобладали ВПР с пиелоэктазией, на втором месте аномалии количества почек (удвоение, агенезия), на третьем – аномалии структуры (поликистоз, гипоплазия, подковообразная почка). В 70% случаев ВПР выявлена наследственная отягощенность. За исследуемый период количество пренатально выявленных пороков увеличилось в два раза и составило 16%. В возрасте до 1 года было выявлено 39% ВПР. Установлена зависимость частоты пороков от степени антропогенной загрязненности районов города: 2/3 случаев приходились на зоны с неблагоприятной экологической обстановкой. В этой группе пациентов отмечалось более частое нарушение функции почек и присоединение пиелонефрита. ХПН была диагностирована у 5 детей (3 %), из них 2 ребенка получали заместительную почечную терапию.

Заключение. За последние десятилетие у детей крупного промышленного города отмечается рост ВПР, при этом в структуре по-прежнему сохраняется большой процент тяжелых инвалидизирующих пороков, ведущих к ХПН, что требует дальнейшего совершенствование пренатальной диагностики и раннего выявления ВПР ОМС. Значительное влияние на эпидемиологию и клинические особенности ВПР (частота осложнений, снижение функционального состояния почек) оказывает антропогенное загрязнение окружающей среды. Полученные данные диктуют необходимость поиска новых подходов в диагностике, лечении и реабилитации детей с заболеваниями органов мочевой системы.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНО-ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ЕГО ПОСТГОСПИТАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Слободян Е.И., Каладзе Н.Н., Говдалюк А.Л., Тукина А.М.
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» Министерства образования России, Симферополь

Введение. Нарушения иммуноэндокринной регуляции гомеостаза при хроническом пиелонефрите (ХП), опосредующие темп и глубину повреждения тубулоинтерстициальной ткани, нуждаются в коррекции на всех этапах реабилитации, включая санаторно-курортное лечение (СКЛ).

Цель исследования: определение иммуно-гормональных особенностей и возможностей их коррекции на этапе СКЛ у детей с ХП.

Материалы и методы. Обследовано 200 детей, больных ХП (6–16 лет). С вторичнм ХП (ВХП) – 246 (80,39%) и первичным ХП (ПХП) – 60 (19,61%), получавших СКЛ: климатотерапию, диетотерапию, ЛФК, бальнеотерапию, пелоидотерапию. Определяли 6-сульфатоксимелатонин (6-СОМТ) в ночной и дневной разовых порциях мочи («Buhlmann», Switzerland); АКТГ («DRG International Inc.», USA), кортизол («НВО Иммунотех», Москва) в сыворотке крови, EGF (Bender MedSystems GmbH, Austria), TGF-β1, IGF–1 («DRG int., Inc», USA) методом ИФА в сыворотке крови и моче. Контрольную группу (КГ) составили 30 здоровых детей.

Результаты. Выявлено повышение уровня кортизола больных ПХП (p=0,016 по сравнению с КГ). Установлены умеренные корреляционные связи между кортизолом и EGF в сыворотке крови (r=0,5398; p=0,0001) и моче (r=0,3772; p=0,0106); IGF-1 (r=0,5896; p=0,0002 и r=0,4973; p=0,0005, соответственно). Значения АКТГ при ПХП и исследуемых гормонов при ВХП без отличий от КГ (p 0,05). Уровень 6-СОМТ-ночь был ($p<0,05$) снижен, 6-СОМТ-день увеличен ($p<0,05$) у всех пациентов. При ВХП выявлены корреляционные связи между 6-СОМТ-ночь и TGF-β1 (r=-0,4173; p=0,0000) и uTGF-β1/uC (r=-0,4599; p=0,0000). В результате СКЛ была нормализована обратная корреляционная связь между уровнем кортизола и АКТГ (r=-0,6429; p=0,0455), свойственная здоровым детям. Выявлена сильная положительная корреляция между кортизолом и IGF-1 (r=0,7939, p=0,006). Нормализованы уровни дневного и ночного 6-СОМТ. Об усилении модулирующего влияния мелатонина на иммунную систему свидетельствует усиление корреляционных взаимозависимостей значений 6-СОМТ – ночь с TGF-β1/uCr (r=-0,71, $p<0,001$).

Заключение. Постгоспитальная реабилитация посредством СКЛ способствует восстановлению иммуно-гормонального статуса вне зависимости от клинической формы у детей, больных ХП.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЭНТЕРОСГЕЛЬ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Сукало А.В., Козыро И.А., Белькевич А.Г.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Введение. В последние десятилетия проблема ХБП не становится менее актуальной, так как распространенность увеличивается ежегодно, что требует более пристального внимания врачей-специалистов и назначения своевременной адекватной терапии на ранних стадиях. При этом акцент ставится не на дорогое высокотехнологичное лечение терминальной стадии (диализ или трансплантация), а на развитии профилактики прогрессирования.

Цель исследования – изучение влияния препарата «Энтеросгель» на азотистый и белковый обмены у пациентов с ранними стадиями ХБП.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 50 детей с ХБП 2–3 стадии, наблюдавшихся в Республиканском центре детской нефрологии и ЗПТ в период с 09.2017 по 03.2018 гг. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я получала консервативную терапию ХБП и энтеросгель (n=26) и 2-я – консервативную терапию без назначения энтеросгеля (n=24). Группы сопоставимы по полу и возрасту. Курс лечения данным препаратом составил 4 недели. Проанализированы уровни креатинина и мочевины в БАК, рСКФ и суточной протеинурии до лечения и спустя 4 недели приема энтеросгеля. Проведен сравнительный анализ показателей в 2 группах на момент поступления и через 4 недели. Различия показателей достоверные при уровне p<0,05. Статистический анализ выполнялся с помощью Statistica 10 и Microsoft Excel.

Результаты. Достоверно значимых различий в исходных уровнях анализируемых показателей для пациентов обеих групп не установлено (p=1). На фоне приема энтеросгеля отмечено достоверное снижение уровней сывороточных креатинина, мочевины и суточной протеинурии у пациентов 1-ой группы (p=0,035, p=0,042 и p=0,027 соответственно), при этом уровни рСКФ достоверно не изменились (p=1). Различий в показателях креатинина, мочевины, рСКФ и суточной протеинурии у пациентов 2-ой группы за 4 недели достоверно не установлено (p=0,075, p=0,076, p=1 и p=0,067 соответственно).

Заключение. Использование препарата «Энтеросгель» у пациентов с ХБП 2–3 стадии приводит к достоверному снижению уровней креатинина и мочевины, что свидетельствует о положительном влиянии на азотистый обмен. Уменьшение уровня суточного белка в моче на фоне приема энтеросгеля дает возможность использования данного препарата с антипротеинурической целью.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Третьяков Д.С., Морева Г.В., Лукьянова В.Н., Мешкова Н.А., Набиева Л.В.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России
ГБУЗ ТО «ОКБ №1», Тюмень

Введение. Гемолитико – уремический синдром – это клинико-лабораторный симптомокомплекс, включающий микроангиопатическую гемолитическую анемию, тромбоцитопению и острое почечное повреждение. Частота регистрации ГУС в развитых странах варьирует от 1 до 30 случаев в год.

Цель исследования – определить роль ГУС в структуре ОПП и эффективность лечения этого синдрома у детей.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы 37 историй болезни с ОПП из детского отделения №1 и ОРИТ ОКБ №1 г. Тюмень за 2014 – 2018г., из которых 28 историй с ГУС (75,7%), в том числе 26(92,9%) – типичный ГУС, 2(7,1%) – атипичный ГУС.

Результаты исследования. Все пациенты госпитализированы в тяжелом состоянии. Наблюдались: вялость в 100%, олигоанурия в 88,9% случаев (от 4 до 23 суток), артериальная гипертензия – 75%, жидкий стул – 53,6%, отечность – 39,3%, субиктеричность кожи. У всех больных диагностировались анемия с маркерами гемолиза, тромбоцитопения и гиперазотемия.

В лечении использована ЗПТ: гемодиализ у 10 (35,7%) детей и перитонеальный диализ у 11 (39,3%) до 23 дней. Одновременно осуществлялась трансфузионная терапия в виде переливания СЗП у 92,9% больных до 14 раз, эритромассы у 28,6% детей – до 3 раз, раствора альбумина 32,1%, ЭМОЛТ 25%. ИВЛ проводилась до 14 суток. Гипотензивная терапия проводилась у 60,7% детей. Терапия ГКС использована у 32,1% детей. Лечение проводилось под медикаментозной седацией с использованием зондового питания. Назначалась антибиотикотерапия у 67,9% детей. У 2 пациентов (7,1%) с аГУС использован блокатор системы комплимента – Экулизумаб.

Заключение. ГУС составляет большую часть случаев ОПП (75,7%) у детей. В лечении ГУС у детей использован сложный комплекс терапевтических воздействий: ЗПТ заместительная почечная терапия, трансфузии СЗП, гепаринотерапия, ИВЛ, коррекция КЩС, антибиотикотерапия, посиндромная терапия. Выписаны с клиническим выздоровлением 26(2,8%) детей, из них 2 остались на лечении Экулизумабом.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ У ДОШКОЛЬНИЦ С ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, ОСОБЕННОСТИ АДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Чеботарева Ю.Ю., Летифов Г.М., Костоева З.А.
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. Рецидивирующий вульвовагинит (ВВ) часто встречается у девочек дошкольного возраста. Для пациенток с инфекциями мочевых путей (ИМП) характерны истинные ВВ с тяжелым, рецидивирующим течением, при этом стандартное лечение антибиотиками и антисептиками мало эффективно, что обосновывает необходимость поиска альтернативных методов терапии.

Цель исследования – оценка эффективности адъювантной терапии (АТ) рецидивирующего ВВ у пациенток с ИМП.

Материалы и методы. В исследование включено 45 пациенток (4,5±0,5 лет) с ИМП (N30.1) и рецидивами ВВ, из них 1 группа (n=22) – стандартное лечение

(СТЛ) с использованием антисептиков и антибиотиков; 2 группа (n=20) – АТ. Всем пациенткам проводилось исследование микробиоценоза влагалища с помощью ПЦР. В АТ использовали ректальные свечи, содержащие рекомбинантный интерферон альфа 2b и высокоактивные антиоксиданты – аскорбиновую кислоту и альфа-токоферола ацетат, комплекс бактериофагов (КБФ), содержащий 40 видов бактериофагов из коллекции ООО НПЦ «Микромир», фитопрепарат Канефрон Н. Частоту возникновения рецидива ВВ оценивали в течение 12 месяцев после лечения.

Результаты. Показатели общей бактериальной массы вагинального биотопа у обследуемых девочек были выше возрастных нормативов (6,8±0,03 КОЕ/мл), преобладала факультативно-анаэробная микрофлора, включая семейства Enterobacteriacea, реже встречались G. vaginalis+ Prevotella bivia/Porphyromonas spp. У всех пациенток 2-й группы выделения, гиперемия наружных половых органов и дискомфорт в области гениталий, отечность исчезли к 3–5-м суткам. Через 10 дней после лечения выявлены нормальные показатели бактериоскопия вагинального секрета и в течение 12 месяцев отмечалось уменьшение общей бактериальной массы, логарифмического роста микробных геномов сем. Enterobacteriacea (p<0,05), рецидивов ВВ не было.

У пациенток 1-й группы, получивших стандартное лечение, симптомы ВВ купированы на 7–9-е сутки. а 3-м пациенткам потребовалось повторное назначение лечения и рецидивы ВВ отмечались у 58%.

Заключение. АТ, включающая применение препарата, содержащего рекомбинантный интерферон альфа 2b и высокоактивные антиоксиданты-аскорбиновую кислоту и альфа токоферола ацетат, КБФ и препарата фитонаринговой природы уменьшает количество рецидивов ВВ у пациенток с ИМП.

КАТАМНЕЗ ЭФФЕКТИВНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ.

Шапошникова Н.Ф.
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Волгоград

Введение. В большом проценте случаев у детей с инфекцией мочевой системы моноинфекции встречаются достаточно редко, определенную роль в генезе играют вирусы. В связи с этим антибактериальная терапия не дает желаемого результата в санации мочевого синдрома и наступлении стойкой ремиссии, а также санации сопутствующих очагов инфекции. Целесообразным представляется применение препаратов с противоинфекционным, противовирусным действием, разрешенных для применения в педиатрической практике.

Цель исследования- доказать микст-инфицирования детей с инфекцией мочевой системы, выделить этиологически значимые инфекционные агенты, и отработать программы лечения с использованием интерферонсодержащего препарата – генферона лайт.

Материалы и методы. В исследование включено 54 ребенка с диагнозом инфекция мочевой системы, со стойким мочевым синдромом, в возрасте от 3 до 7 лет, из них 36 девочек (67%), с 100% положительным высевом бактериологической флоры из мочи, чаще в виде E.Coli и Proteus. Для выявления других инфекций в крови и моче, использовался метод ПЦР и ИФА.

Результаты. По результатам исследования у 76% (n-41) выявлена микст-инфекция: чаще выявлялась герпетическая инфекция (ВПГ I и II и ЦМВ) – 58%, в 14% – микоплазменная и герпетическая. Герпетическая инфекция, суммарно встречалась в 72% случаев (n-30). В этой группе пациентов у 13 больных (43%) были выявлены очаги инфекции в носоглотке, чаще аденоидит, у 9 (30%) – очаги инфекции половых органов. Кроме антибактериальной терапии пациенты получили курс генферона лайт 125000 МЕ по 1 свече 2 раза в день – 10 дней, затем в течение 1 месяца по 1 свече 1 раз в день через день. В катамнезе, в течении шести месяцев, отмечена ремиссия основного заболевания у 34 больных (82%); кроме того, у 10 из 13 пациентов (77%) санировались очаги инфекции в носоглотке, у 7 из 9 (78%) – в половой сфере.

Заключение. Моноинфекции при инфекции мочевой системы встречаются редко, чаще отмечается сочетание бактериальной и герпетической инфекции. Сочетание иммуномодулирующего, противовирусного средства – генферона лайт с антимикробной терапией приводит к уменьшению частоты обострения инфекций мочевой системы и санации сопутствующих очагов инфекции.

Раздел 8
НЕВРОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ АГМАТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Афонин А.А., Панова И.В., Афонина Т.А., Манукян М.Р.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. Проблема перинатальных поражений мозга обусловлена высокой их частотой у новорожденных с последующим влиянием на нервно-психическое и соматическое развитие детей. В связи с этим большое значение приобретает поиск объективных диагностических маркеров, отражающих выраженность и сохранение неврологических нарушений, с целью адекватного и своевременного лечения. В последние годы внимание исследователей направлено на изучение роли агматина – эндогенного метаболита аргинина, оказывающего широкий спектр биологических эффектов в ЦНС и рассматриваемого как новый нейротрансмиттер в головном мозге.

Цель исследования – оценить диагностическое значение содержания агматина в сыворотке крови у детей первых 3-х месяцев жизни с перинатальным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС тяжелой степени.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 19 детей с церебральной ишемией тяжелой степени (ЦИ III ст.). Критерии включения: гестационный возраст не менее 38 недель, масса тела при рождении не менее 2500 граммов, отсутствие клинических признаков бактериального инфицирования и наследственной патологии. Материалом для исследования служила сыворотка крови. Забор крови осуществлялся при рождении, в 1 и 3 месяца жизни. Контрольную группу составили 15 детей с отсутствием неврологической симптоматики. Количественное определение агматина выполняли методом капиллярного электрофореза с использованием кварцевого капилляра («Капель-105», «Люмэкс», Санкт-Петербург, Россия).

Результаты. Клинические проявления церебральной патологии у детей характеризовались угнетением (63,2%), судорогами (26,3%), пирамидной недостаточностью (52,6%), мышечной гипотонией (36,9%), гипертензионно-гидроцефальным синдромом (26,3%). Анализ содержания агматина в сыворотке крови у детей в первые сутки и в динамике в 1 и 3 месяца жизни выявил достоверное его повышение у всех больных по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$), при этом наиболее высокая концентрация агматина отмечалась в возрасте 1 месяца.

Заключение. Содержание агматина в сыворотке крови у детей с ЦИ III ст. достоверно повышено при рождении, в 1 и 3 месяца жизни, что позволяет использовать данный показатель как объективный критерий тяжести церебральной патологии.

РОЛЬ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА В ГЕНЕЗЕ ЭПИЛЕПСИИ

Аяганов Д.Н., Лепесова М.М.
Международный Казахско – Турецкий университет им. Х.А. Ясави, Туркестан (Казахстан)
Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы (Казахстан).

Цель: определить роль иммунологических изменений в эпилептогенезе у детей раннего возраста с резистентными формами эпилепсии.

Материал и методы: в исследовании участвовали 55 детей (мальчиков – 35, девочек – 20), в возрасте от 0 до 36 месяцев. Основную группу (I) составили дети с резистентными формами эпилепсии – 30 (54,5%), сравнительную (II) – дети с эпилепсией, с исключением критериев резистентности – 25 (45,5%). Изучены: семиология приступов, ЭЭГ мониторинг, иммунологические исследования, включающие показатели клеточного звена иммунитета (CD4+, CD8+, CD72+, CD16+, индекс CD4+/CD8+)

Результаты: Резистентные формы эпилепсии представлены: синдром Веста составил 16 (53,3%), синдром Леннокса-Гасто – 6 (20%), синдром Отахара – 1 (3,3%), мультифокальная резистентная эпилепсия – 7 (23,4%). В сравнительной группе 18 (72%) детей с генерализованными формами эпилепсии, в 7 (28%) случаев были парциальные формы эпилепсии. Эпилептические приступы в I группе в 80% (24) случаев были инфантильные спазмы, в 20% (6) случаев -генерализованные тонико-клонические, миоклонические приступы. Во II группе генерализованные тонико-клонические, миоклонические приступы в 68% случаев, в 32% случаев были парциальные тонические приступы. На ЭЭГ в I группе в 73,3% (22) случаев отмечался паттерн гипсаритмии, в 26,7% (8) случаев – другие виды эпилептиформной активности. В II группе у 3 (12%) детей отмечался гипсаритмия, у 22 (88%) – другие виды эпилептиформной активности.

Показатели клеточного звена иммунитета распределились в абсолютных цифрах: CD4: в основной группе – 0,90±0,33, сравнительной – 1,05±0,05; CD8: в основной – 1,007±0,022, сравнительной – 0,75±0,08; CD16: в основной – 0,86±0,11, сравнительной – 0,55±0,09; CD72: в основной группе – 0,88±0,14, сравнительной – 0,56±0,04; CD4/CD8: в основной группе – 1,35±0,02, сравнительной – 1,25±0,02. Достоверность при $p<0,05$. Анализ показал, некоторое снижение Т-хелперов у детей в основной группе, активизацию Т-цитотоксических популяций лимфоцитов, повышение естественных

киллеров наряду с повышением В-лимфоцитов с иммунорегуляторным индексом, тогда как у детей сравнительной группы результаты разнятся.

Выводы: результаты проведенного исследования показали значение иммунологических нарушений в эпилептогенезе у детей, позволяющие предположить, что нарушение клеточного звена иммунитета со снижением Т-хелперов, активизацией Т-цитотоксических популяций лимфоцитов, свидетельствует о нарушении клеточного звена иммунитета, играющего роль в генезе резистентных форм эпилепсии в данной группе детей, что требуют дальнейшего изучения в этой области.

НАРУШЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ЦНС

Блинов Д.В.
Институт Превентивной и Социальной Медицины
Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования "Московский медико-социальный институт имени Ф.П. Гааза"
Клинический Госпиталь Лапино, ГК «Мать и Дитя»

Введение. Оценка тяжести и исходов перинатального гипоксически-ишемического поражения ЦНС представляет большой практический интерес. Путем оценки содержания нейрон-специфической енолазы (НСЕ) в сыворотке крови можно оценить состояние гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) и нейронов.

Цель исследования – оценка динамики содержания НСЕ в сыворотке крови в течение 24 недель жизни у детей с перинатальным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС.

Материалы и методы. в исследование включены 49 детей с перинатальным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС со сроком гестации 32–41 неделя. 28 здоровых доношенных детей составили группу контроля. Были сформированы группы сравнения: дети с оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте 1–3 балла (группа А 1–3), 4–6 баллов (группа А 4–6) и 7–9 баллов (группа А 7–9); дети с гестационным возрастом (ГВ) ГВ 32–33 недели, ГВ 34–36 недель и ГВ 37–40 недель; дети с внутрижелудочковыми кровоизлияниями (группа ВЖК) и перивентрикулярными лейкомаляциями (группа ПВЛ). Анализ НСЕ осуществляли методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты. В группах А 1–3, А 4–6, А 7–9 зарегистрировано достоверное увеличение содержания НСЕ на 1-й неделе по сравнению с контрольной группой (p<0,05). Далее уровень НСЕ в А 7–9 постепенно снижался до нормальных значений, а в А 1–3 и А 4–6 он оставался увеличенным, по крайней мере, до 24-й недели жизни. Средний уровень NSE у детей из группы ГВ 32–33 на 1-й неделе был 43,4±45 нг/мл, в группе ГВ 34–36 – 26,6±3,0 нг/мл и в группе ГВ 37–41 – 25,1±1,5 нг/мл, в то время как в группе контроля он составил 2,5±0,5 нг/мл (p<0,05). Уровень НСЕ в группе ПВЛ начиная с 1-й недели был достоверно меньше, чем в группе ВЖК (p<0,05). Также, зафиксировано достоверное отсроченное повышение сывороточного уровня НСЕ на 4-й неделе.

Заключение. продемонстрирована отрицательная корреляция уровня НСЕ с ГВ и оценкой по шкале Апгар, что отражает прорыв ГЭБ и характеризует тяжесть поражения ЦНС. Анализ маркера состояния нейронов НСЕ в сыворотке крови рекомендуется к внедрению в клиническую практику для оценки состояния ЦНС в неонатальном периоде и в периоде реабилитации.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ГЛИОФИБРИЛЛЯРНОГО КИСЛОГО ПРОТЕИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОСЛЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Блинов Д.В.
Институт Превентивной и Социальной Медицины
АНО ДПО "Московский медико-социальный институт имени Ф.П. Гааза"
Клинический Госпиталь Лапино, ГК «Мать и Дитя»

Введение. анализа содержания нейроспецифических белков (НСБ) в биологических жидкостях исследуется как метод оценки тяжести и исходов неврологических расстройств. В данной работе определены возможности прогнозирования тяжести и исхода перинатального гипоксически-ишемического поражения ЦНС путем исследования маркера состояния глиального компонента нервной ткани.

Цель исследования – исследование концентрации глиофибриллярного кислого протеина (glial fibrillary acid protein, GFAP) в сыворотке крови в течение 6 месяцев жизни у детей с церебральной ишемией.

Материалы и методы. На 1–24-й неделях жизни обследовано 49 детей с церебральной ишемией со сроком гестации 32–41 неделя. Контрольную группу составили 28 здоровых доношенных детей. Группами сравнения были: дети с оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте 1–3 балла (А 1–3), 4–6 баллов (А 4–6) и 7–9 баллов (А 7–9); с гестационным возрастом (ГВ) ГВ 32–33 недели, ГВ 34–36 недель и ГВ 37–40 недель; с внутрижелудочковыми кровоизлияниями (группа ВЖК) и перивентрикулярными лейкомаляциями (группа ПВЛ). Количественный анализ GFAP в сыворотке крови осуществляли методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты. В группе контроля уровень GFAP не превышали 4,1±0,8 нг/мл. Зарегистрировано достоверное увеличение GFAP на 1-й неделе жизни в группах А 1–3, А 4–6 и А 7–9 по сравнению с кон-

трольной группой (p<0,05). На 3-й неделе уровень GFAP в группах А 1–3 и А 4–6 достоверно увеличивался до 58,0±8,7 нг/мл и 50,0±4,4 нг/мл соответственно, затем постепенно снижался. Тенденция к его увеличению в группе А 1–3 отмечалась также и на 24-й неделе. При этом у детей из группы А 7–9 концентрация GFAP неуклонно снижалась и к 24-й неделе приблизилась к нормальному уровню. Уровень GFAP в группе ГВ 32–33 был значительно чем в ГВ 34–36 и ГВ 37–41 (p<0,05). В группах ВЖК и ПВЛ различия на первой неделе не были статистически достоверны, хотя средние значения содержания GFAP при ПВЛ несколько меньше, чем при ВЖК.

Заключение. Определение содержания GFAP в сыворотке крови рекомендовано к внедрению в практику для верификации тяжести повреждения ЦНС у новорожденных различного гестационного возраста.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Борукаев А.М., Рахаев А.М., Борукаева И.Х.
ФКУ «ГБ МСЭ по Кабардино-Балкарской Республике» Минтруда России, Нальчик,
ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик

Детский церебральный паралич (ДЦП) заболевание центральной нервной системы, при котором происходит поражение одного или нескольких отделов головного мозга, в результате чего развиваются не прогрессирующие нарушения двигательной и мышечной активности, координации движений, функций зрения, слуха, речи и психики.

Цель исследования – изучение эффективности реабилитации детей-инвалидов с ДЦП в условиях санаторно-курортного лечения на базе ГКЦ ДСРЦ «Радуга» МТ и СЗ КБР.

Материал и методы. Санаторно-курортное лечение 130 детей 8–12 лет с ДЦП включало лечебную физкультуру, медикаментозное лечение, массаж, лазеротерапию инфракрасным светом, минеральные грязевые пасты, терапию переменным электромагнитным полем, метод микрополяризации, микроволновую резонансную терапию, фонофорез и электрофорез лекарственных средств, магнитотерапию, парафинотерапию, баротерапию.

Результаты исследования. Санаторно-курортное лечение детей-инвалидов с ДЦП, прошедших реабилитацию на базе санатория «Радуга», свидетельствовало о высокой эффективности данного лечения для больных с ДЦП. После лечения значительно улучшились показатели функциональной системы дыхания: внешнего дыхания, кислородтранспортной функции крови, утилизация кислорода тканями. Существенным результатом лечения стало увеличение напряжения кислорода в артериальной крови до 99,71±1,03 мм рт. ст. Все это привело к уменьшению тканевой гипоксии, которая имеет место у данных больных. Занятия с логопедом привели к улучшению речевых функций детей: увеличилось число произносимых букв и слов, речь стала более внятной и понятной. Достоверными были улучшения со стороны опорно-двигательной системы: возросла амплитуда движений, уменьшилась контрактура некоторых групп мышц. Психологические тесты показали улучшение психологического статуса детей-инвалидов.

Заключение. Санаторно-курортное лечение положительно влияет на реабилитацию детей-инвалидов с ДЦП. Комплексный подход в восстановлении состояния детей с ДЦП может привести к значительному улучшению физического, психического и морального состояния этих детей.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ГОСПИТАЛЬНОГО РЕГИСТРА

Виноградова Т.В., Широгоров М.А., Касаткин Д.С., Успенская Т.Л.
ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

Введение. За последние годы наметился устойчивый рост распространенности демиелинизирующих заболеваний (ДЗ), при этом часто заболевания дебютируют в детском возрасте. Значимым является раннее выявление рецидивирующих форм, в частности, рассеянного склероза (РС), так как ранее начало терапии этого заболевания приводит к существенно лучшему прогнозу.

Цель исследования – изучить эпидемиологические и клинико-диагностические особенности ДЗ с дебютом в детском возрасте.

Материалы и методы. 17 детей (11 девочек и 6 мальчиков) с ДЗ, проходивших лечение в отделении неврологии ОДКБ в период с 2014 по 2018 гг.; ретроспективная оценка историй болезни.

Результаты. У 5 детей (4 девочки и 1 мальчик, возраст от 10 до 14 лет) был диагностирован РС по критериям KIDMUS (29,41%), у 12 детей (7 девочек и 5 мальчиков, возраст от 7 до 16 лет) – другие ДЗ. В обеих группах отмечалось преобладание девочек над мальчиками (64,7%), однако, в группе РС доля девочек выше (80,0%), чем при других ДЗ (58,3%). Нарушения зрения и симптомы поражения ствола мозга встречались чаще в группе РС (60% и 80%), чем в группе ДЗ (25% и 75%). В дебюте РС двигательные и мозжечковые нарушения встречались в 100% случаев, а в группе ДЗ – в 58% и 75% соответственно. Нарушения чувствительности достоверно реже

($\chi2$=6,3, p=0,013) встречались в группе ДЗ – 17%, чем в группе РС – 80%. При анализе магнитно-резонансной томографии (МРТ) при РС в 100% случаев отмечалось наличие очагов в 2 и более локализациях (супратенториальные, в мозжечке, в спинном мозге и стволе). В группе РС достоверно чаще ($\chi2$=13,0, p<0,001) встречались очаги в мозжечке (100%), в группе ДЗ (8%). Свыше 10 очагов на МРТ было отмечено в 58% случаев ДЗ и 80% случаев РС. В случае использования терапии глюкокортикостероидами (ГКС) они были более эффективны в группе ДЗ – уменьшение симптоматики в течение первой недели отмечалось в 67%, в группе РС – в 50%.

Заключение. В исследованной выборке преобладали ДЗ с монофазным течением, РС встречался существенно реже. Для РС в детском возрасте характерен полисистемный дебют с преимущественным поражением двигательной системы и мозжечка. Наличие чувствительных нарушений свидетельствовало в пользу других ДЗ. Использование ГКС в дебюте РС менее эффективно, чем при монофазных ДЗ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕАМБЕРИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВАЛЬПРОЕВУЮ КИСЛОТУ

Заболотских Т.В., Симонова Н.В., Носаль Л.А., Доровских В.А., Штарберг М.А.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск

Введение. Вальпроаты успешно применяются в педиатрии при различных формах эпилепсии, прочно занимая позицию препаратов первого выбора. Несмотря на достаточно хорошую переносимость пациентами вальпроевой кислоты (ВК), проведенными нами ранее исследованиями было показано, что депакин вызывает изменения со стороны системы крови и влияет на функциональное состояние печени. Патофизиологическими механизмами подобных изменений являются повышение интенсивности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и снижение активности антиоксидантной системы (АОС), поэтому изучение возможности дополнения базисной терапии эпилепсии препаратами, обладающими антиоксидантным действием, является, на наш взгляд, обоснованным.

Цель исследования – изучение влияния реамберина на интенсивность процессов липопероксидации у больных эпилепсией детей, получающих ВК.

Материалы и методы. В ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница» обследовано 10 больных эпилепсией детей 6–15 лет, получающих ВК в дозе 15–30 мг/кг. В течение 5 дней ежедневно детям вводили реамберин 1,5% раствор 200 мл внутривенно капельно. Забор венозной крови проводили до (I этап) и сразу после (II этап) терапии реамберином. В плазме крови определяли продукты ПОЛ – гидроперекиси липидов (ГЛ), диеновые конъюгаты (ДК), малоновый диальдегид (МДА) и компоненты АОС – церулоплазмин, витамин Е, каталазу.

Результаты. Применение реамберина у детей, получающих ВК, способствовало снижению интенсивности процессов ПОЛ, базируемое на достоверном уменьшении содержания ГЛ в плазме крови на II этапе исследования в сравнении с аналогичным показателем на I этапе на 15,4%, ДК – на 14,4%, МДА – на 14,1% (p<0,05). Оценка показателей АОС позволила констатировать достоверное повышение уровня церулоплазмина на 15,6%, витамина Е – на 10,2%, каталазы – на 10,7% на фоне введения сукцинатсодержащего препарата.

Заключение. Опыт применения реамберина у больных эпилепсией детей, получающих ВК, свидетельствует об эффективности комплексной терапии с включением сукцинатсодержащего препарата и дает основания для дальнейшего изучения с целью коррекции антиоксидантного статуса организма ребенка и профилактики осложнений терапии антиконвульсантами.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ДВИГАТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ – GMFCS

Змановская В.А., Левитина Е.В., Буторина М.Н., Рахманина О.А.
ГАУЗ ТО «Детский психоневрологический лечебно-реабилитационный центр «Надежда», ТГМУ, Тюмень.

Введение. Синдром двигательных нарушений является ядром клинической картины ДЦП, но популяция детей с церебральным параличом очень разнородна по представленности тяжести двигательных нарушений – от самостоятельно ходячих до лежачих детей. Учитывая, что реабилитация детей с ДЦП с тяжелыми клиническими проявлениями влечет за собой большую экономическую нагрузку, анализ этих данных может быть полезен для разработки комплекса организационных и экономических мероприятий. По данным регистров детей с ДЦП разных стран удельный все пациентов с разными уровнями двигательного развития значимо отличается.

Цель исследования – проанализировать удельный вес детей с ДЦП разных уровней движения по системе GMFCS в регистре Тюменской области.

Материал и методы исследования. В данном исследовании все дети с ДЦП Тюменской области были классифицированы по системе классификации глобальных моторных функций GMFCS – Gross Motor Function Classification System, где самостоятельно ходячие дети оценивались как GMFCS I, ходячие самостоятельно с ограничениями как GMFCS II, ходячие

только с помощью технических средств реабилитации как GMFCS III, и не способные к самостоятельному передвижению как GMFCS IV-V.

Результаты исследования. На 01.01.2018 года список детей с ДЦП Тюменской области составил 918 детей. В результате катамнестического исследования было выявлено, что в популяции детей с ДЦП Тюменской области GMFCS I выявлено 156 детей (17%), GMFCS II 119 детей (13%), GMFCS III – 165 детей (18%), GMFCS IV – 202 ребенка (22%), GMFCS V – 277 детей (30%).

Заключение: Исследование показало, что в популяции детей с ДЦП Тюменской области 42% детей имеют тяжелые клинические проявления (GMFCS IV-V) с полным отсутствием функции самостоятельного передвижения, требующие иных подходов в реабилитации, в том числе обеспечения ортезами и техническими средствами реабилитации. 58% детей с ДЦП имеют способности к самостоятельному передвижению, из них большая часть передвигается самостоятельно.

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В МОЗГЕ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Зозуля С.А., Отман И.Н., Симашкова Н.В., Клюшник Т.П.
ФГБНУ "Научный центр психического здоровья", Москва

Введение. Известно, что некоторые иммунологические показатели взаимосвязаны с активностью патологического процесса в мозге при эндогенных психических заболеваниях и могут рассматриваться в качестве объективных маркеров остроты и тяжести клинического состояния.

Цель исследования: оценить степень активности патологического процесса у пациентов с расстройствами аутистического спектра (РАС) с использованием иммунологических маркеров сыворотки крови для обоснования необходимости назначения персонализированной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 250 детей (7,5±5 лет) с различными типами РАС. Тяжесть клинического состояния оценивали с помощью шкал CARS и BFCRS. В сыворотке крови определяли активность воспалительных маркеров (лейкоцитарной эластазы и α1-протеиназного ингибитора), а также уровень аутоантител к нейроантигенам S-100b и ОБМ.

Результаты. Показано, что при эволютивно-конституциональном аутизме – синдроме Аспергера (F84.5) клинические и биологические показатели не превышали нормативные значения, что свидетельствовало об отсутствии активного течения болезни и не требовало назначения психофармакотерапии.

Для непсихотического эволютивно-процессуального синдрома Каннера (F84.0) были характерны "тяжелый аутизм" и неспецифические кататонические проявления, однако, иммунологические показатели оставались в рамках нормального диапазона, что свидетельствовало об отсутствии активного патологического процесса в мозге. Такие пациенты получали терапию ноотропами, но не нуждались в назначении нейролептиков, снимающих остроту состояния.

При психотических формах РАС (инфантильном психозе (F84.02) и атипичном детском психозе (F84.1)) были выявлены "тяжелый аутизм" и "тяжелая кататония", сопровождающиеся повышением активности воспалительных маркеров в сыворотке крови. При атипичном детском психозе наблюдался также повышенный уровень аутоантител, что свидетельствовало о прогредиентном течении заболевания. Таким образом, пациенты с психотическими формами РАС нуждались в комбинированной терапии.

Выводы. Полученные результаты выявили различный уровень активации иммунной системы у пациентов с разными типами РАС, не всегда коррелирующий с тяжестью аутизма. Комплексное определение вышеуказанных иммунологических маркеров может служить дополнительным инструментом для решения вопроса о необходимости назначения индивидуальной психофармакотерапии у данного контингента больных.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО НЕВРОЛОГА

Казакенова А.К.
Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы (Казахстан)

Введение. Эпилептические энцефалопатии – особые формы эпилепсии у детей раннего возраста, приводящие к прогрессирующим нарушениям функций головного мозга, с резистентным течением и неблагоприятным прогнозом.

Цель исследования. Описать особенности клинико-инструментальной характеристики клинического случая эпилептической энцефалопатии.

Мальчик, М., 3 г. Жалобы на впервые возникшие приступы: с потерей сознания, длительностью около 5-10 мин., клонико-тонические с запрокидыванием головы назад, закатыванием глазных яблок вверх, последующим засыпанием, частотой сначала 1 раз в 3-5 дней, с учащением до ежедневных, чаще во время бодрствования. В динамике приступы видоизменялись: появились атонические без потери сознания, короткие кивки с вовлечением мускулатуры шеи и верхнего плечевого пояса 1-2 сек. до 4-8 раз в сутки, атипичные абсансы, а также короткие миоклонические приступы до 9 раз в день.

ЭЭГ бодрствования и сна вначале без особых изменений с последующей дезорганизацией картины ЭЭГ

бодрствования и сна, появления эпилептиформной активности в виде острых волн и спайков, комплексов острая-спайк-медленная волна по лобно-центрально-теменным и височным отведениям больше справа, а также билатерально-синхронно и билатерально-асинхронно. На последней ЭЭГ сна зарегистрированы диффузные вспышки гиперсинхронных дельта волн с включением в свой состав спайков и полиспайков по лобно-центральным и височным отведениям и справа, и слева, снижением амплитуды биопотенциалов в течение 1-2 сек. между вспышками с последующим восстановлением фоновой ЭЭГ.

МРТ головного мозга на аппарате 0,3 Тс: Арахноидальные кисты средних черепных ямок с обеих сторон; на аппарате 1,5 Тс: Атрофические изменения в гиппокампах с обеих сторон.

Проведено лечение: конвулекс до 40 мг/кг/сут. – без особого эффекта, с добавлением топамакса до 7 мг/кг/сут. – также без положительной динамики. Ввиду аллергической реакции на конвулекс, последний был заменен на депакин в той же дозе: без улучшения, приступы видоизменились и участились, в связи с чем топамакс был постепенно отменен и назначен препарат кеппра (в данное время 30 мг/кг/сут) с постепенным увеличением дозы каждые 10 дней на 10 мг/кг/сут. – миоклонические приступы до 8-9 раз в день продолжаются.

Неврологический статус: отмечается постепенное прогрессирование когнитивных нарушений.

Результаты. Ввиду отсутствия конкретных данных в пользу какой либо формы эпилепсии клинической картины и результатов представленных обследований, описанный случай является примером сложности дифференциации эпилептической энцефалопатии.

Заключение. Представленный клинический случай подчеркивает вариабельность электроэнцефалографического и клинического течения эпилептической энцефалопатии, что очень важно для практических врачей.

СУДОРОГИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Калмыкова Г.В.[1], Чефранова Ж.Ю.[1], Бурлуцкая Т.И.[2], Власова В.И.[2], Белецкая Е.Д.[2], Руденко Е.Я.[2], Гречаная О.В.[3]

[1]Кафедра нервных болезней и восстановительной медицины медицинского института НИУ БелГУ , Белгород
[2]ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» Белгород
[3]ОГБУЗ «Шебекинская ЦРБ», Шебекино

Введение. Распространенность острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ) 3,2–4,7 на 100 000 детского населения. Частота осложнений со стороны ЦНС 5–30%. Осложнения со стороны ЦНС, связанные с основным заболеванием, подразделяются на цереброваскулярные нарушения (инсульты) и проявления нарушений функции ЦНС в структуре основного заболевания – нейролейкемия (НЛ). Наиболее распространенные неврологические симптомы при НЛ головная боль, психические нарушения, судорожный синдром.

Цель исследования – установить причины судорог у детей с ОЛЛ.

Материалы и методы. Нами наблюдались дети с ОЛЛ – 30 человек, из них 3 ребенка с НЛ, находящиеся на лечение в онкогематологическом отделении ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» г. Белгород с 01.01.2017 года по 01.01.2019 года.

Результаты. У четверых детей в клинике заболевания были повторные неспровоцированные судороги. У одного ребенка на фоне сепсиса и энцефалита на фоне лечения ОЛЛ. У двоих детей диагностирована идиопатическая(генетическая) генерализованная эпилепсия. У одного ребенкаотмечались фокальные приступы с постприступным парезом. На ЭЭГ у ребенка с энцефалитом регистрировалась диффузная медленноволновая активность низкой амплитуды. На МРТ – энцефалитические очаги. У детей с идиопатической генерализованной эпилепсией регистрировались эпилептиформные вспышки спайк-волна частотой 3 Гц, не отмечено изменений на МРТ и в ликворе. У ребенка с фокальными гемиконвульсивными приступами – болезнь Дауна. На МРТ – очаги (усиление МР сигнала) в мозолистом теле (передние отделы) и белом веществе полушарий. На ЭЭГ диффузная медленноволновая активность низкой амплитуды после приступов судорог. При повторном исследовании через 3 месяца на фоне приема леветирацетама отмечено улучшение: регистрируются физиологические ритмы, сохранена структура сна. Фокальные изменения регистрируются в лобно-теменно-центральных отведениях справа и слева. Год назад по анализам ликвора ставился НЛ. Ребенок получает ПХТ, включающую метотрексат. Причиной повторяющихся приступов в равной степени может быть осложнение терапии и НЛ. Нельзя исключить генетическую фокальную эпилепсию.

У двоих детей с установленным нейролейкозом в клинике заболевания судорог не отмечено.

Выводы. Причиной судорог у детей с ОЛЛ чаще всего является генетическая предрасположенность или осложнения ОЛЛ – энцефалиты. Судорожный синдром редкое осложнение при НЛ у детей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЕЙРОЗИННЕГАТИВНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ

Калмыкова Г.В.[1], Чефранова Ж.Ю.[1], Рыбникова В.Ф.[2]

[1]Кафедра нервных болезней и восстановительной медицины медицинского института НИУ БелГУ, Белгород
[2]ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», Белгород

Введение. Врожденные мышечные дистрофии (ВМД) – гетерогенная группа наследственных болезней мышц. Распространенность ВМД в европейских популяциях составляет около 0,8 больных на 100 000 населения.

Врожденная мышечная дистрофия (ВМД) 1А возникает из-за генетических мутаций белка мерозина – подвид белка ламинина, который находится в мышечных клетках. Пациенты с ВМД1А испытывают мышечную слабость, при ВМД1А развиваются контрактуры. Пациенты с ВМД1А рождаются с полным или частичным дефицитом мерозина в зависимости от того, где находятся генетические мутации. При ВМД1А могут наблюдаться аномалии белого вещества головного мозга, у некоторых пациентов развиваются судороги.

Цель исследования. Представить клинический случай пациентки с ВМД1А, верифицированный анализом ДНК и пороком развития головного мозга.

Материалы и методы. Проведен анализ клинического случая пациентки, находившейся под наблюдением в неврологическом отделении ДОКБ г. Белгород

Результаты. Пациентка К. обратилась в неврологическое отделение впервые с жалобами на приступы потери сознания с судорогами, сопровождающиеся жеванием, нарушением речи, рвотой. Приступы появились впервые в возрасте 9 лет на фоне интенсивной реабилитационной терапии. Пациентка была под наблюдением у невролога с рождения по поводу ПМД Эмери-Дрейфуса.

В неврологическом статусе: Сознание ясное, интеллектуально сохранна. Зрение и обоняние не изменено, ринолалия, снижение рефлекса с мягкого неба. Сухожильные рефлексы не вызываются. Вялый парез в проксимальных и дистальных отделах рук и ног. Выраженная гипотрофия скелетной мускулатуры. Контрактуры суставов, деформации позвоночника и грудной клетки.

ЭМГ – диффузное поражение мышечных волокон с хроническими миодистрофического характера изменениями в мышцах дистальных отделов ног и рук.

МРТ – признаки лейкодистрофии. Пахигирия затылочных долей.

В анализах крови АЛТ – 35,1 ед; АСТ – 41,1 ед; КФК – 121ед.

Было проведено ДНК обследование в МГЦ г. Москва – диагноз ПМД Эмери-Дрейфуса не подтвержден. Подтвержден диагноз – Прогрессирующая мейрозиндефицитная мышечная дистрофия.

Выводы. Приведенный клинический случай интересен сочетанием мерозин-дефицитной врожденной мышечной дистрофии (ВМД1А) с поражением белого вещества головного мозга и судорогами с пороком развития головного мозга (пахигирии затылочных долей), выявленным при проведении МРТ, что создало трудности в постановке диагноза.

ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ АКТА ГЛОТАНИЯ И ИЗБЫТОЧНОГО СЛЮНОТЕЧЕНИЯ

Кириллова В.П., Капустин А.В., Дубровская Т.В., Мастеркова Т.Т., Григорьева А.В.
НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е.Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва

Введение. Нарушение глотания у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) и последствиями перинатального поражения ЦНС обусловлено тяжестью основных заболеваний и сопровождается выраженным слюнотечением. Акт глотания в его глоточной фазе является рефлекторным. В нем принимают участие V, IX, X и XII пары черепных нервов. Нарушение функции этих нервов приводит к дисфагии, слюнотечению и различным формам дизартрий.

Цель исследования. Оценить эффективность физиотерапии синусоидальными модулированными токами (СМТ) при дисфагии и слюнотечении.

Материал и методы. Под нашим наблюдением с 2016 по 2018 гг. находились 1116 больных с ДЦП и перинатальным поражением ЦНС. С целью нормализации глоточной фазы акта глотания проводилась процедура точечной стимуляции мышц языка и дна ротовой полости с периферическим воздействием СМТ. Из 1116 больных ДЦП и перинатального поражения ЦНС 337 детей (начиная с 6-ти месячного возраста) получили физиотерапию методом СМТ мышц языка и дна ротовой полости. Число мальчиков -199 (59%), девочек- 138 (41%). Применяли следующую методику воздействия: специальный точечный электрод накладывался на область двигательных точек мышц языка, мягкого неба и дна ротовой полости. Режим работы выбирался в зависимости от степени тяжести состояния. Время проведения процедуры – 1 минута на каждую точку. Курс составлял 10 процедур. В конце каждой процедуры проводили легкий точечный массаж зон воздействия. Положительный эффект возникал уже в процессе лечения. После 1–3-х процедур активировался акт глотания с дальнейшим улучшением.

Результаты. В результате комплексного лечения, включающего СМТ терапию, у более 70% детей восстанавливался акт глотания, и прекращалось обильное слюноотделение. Различий между мальчиками и девочками в эффективности терапии не выявлено.

Выводы. Физиотерапия является важной составляющей в устранении дисфагии и слюнотечения. Представляется целесообразным использование методов физиотерапии в комплексном лечении детей с нарушением глотания и слюнотечения.

ОСОБЕННОСТИ МРТ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИЕЙ

Кокорина А.А.[1], Левитина Е.В.[2], Терешкина О.С.[3],

Малышева Т.Ю.[3], Змановская В.А.[1]
[1]ГАУЗ ТО ДПНЛРЦ «Надежда»; [2]ФГБОУ ВО ТюмГМУ, Тюмень, Россия; [3]ГБУЗ ТО “ОКБ №1”.

Цель исследования. Сравнение структуры скелетных мышц у детей со СМА I-III типов с их функциональными возможностями.

Материалы и методы. 7 больным в возрасте 3–13 лет со СМА I-III типов проводилась МР-диагностика скелетных мышц бедер (протокол №1) и голеней (протокол №2) в последовательностях T1, T1_vibe, T2_dixon в коронарной и аксиальной плоскостях с использованием оборудования Siemens Magnetom Skyra 3T и GE Signa Pioneer 3T. Среди пациентов 2 с функциональным статусом «лежачий», 3 – со статусом «сидячий» и 2 – со статусом «ходячий». Для интерпретации структурных изменений применялась шкала степеней дегенерации мышечной ткани (модификация E.Mercuri, 2002). Проведено сравнение выявленных изменений мышц с функциональным статусом больных.

Результаты и обсуждение. По данным МРТ мышц бедра отмечается изменение сигнальных характеристик мышц задне-медиальной группы при СМА I, передней и задней группы мыщц бедра при СМА II и преимущественно передней группы у детей с СМА III. Минимальные изменения были выявлены в передней группе мышц у ребенка с СМА I, медиальной группе мышц при СМА II, и задне-медиальной группе при СМА III. При МРТ мышц голени при СМА II и III атрофические изменения более выражены в глубоких группах при относительной сохранности поверхностного слоя задней группы (m.gastrocnemius caput med. et lat.), передней группы (m.tibialis ant.), латеральной группы (m.peroneus longus). Прослеживается схожесть проявлений мышечной атрофии у детей со СМА II и III типов в виде последовательного вовлечения одних и тех же групп мышц бедра и голени. Разница в степени их поражения вероятнее связана с возрастом пациентов, давностью заболевания. При анализе изменений мышц в соответствии с функциональным статусом пациентов «сидячий» и « ходячий» отмечается сохранность m.biceps femoris (задняя группа мышц бедра) у «ходячих» пациентов, изменения остальных групп мышц бедра схожи. Также в группе с функциональным статусом «ходячий» наименее выражены изменения в проекции m.tibialis anterior (передняя группа мышц голени).

Заключение. Полученные данные подтверждают перспективность неинвазивного МР-контроля состояния мышечной ткани в динамике заболевания и его значимость в оценке функционального статуса больного ребенка.

НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Левитина Е.В., Мокина А.В., Рахманина О.А., Захарова А.И., Смилянин А.М.
ГБУЗ ТО ОКБ №1, ФГБОУ ВО ТюмГМУ, Тюмень

Введение. Гиперлипидемии и дислипидемии являются показателями нарушений липидного обмена в организме человека и являются фактором риска развития ОНМК. Несмотря на то, что в педиатрической практике атеротромботический вариант острых нарушений мозгового кровообращения по ишемическому типу (ОНМК) встречается значительно реже, чем у взрослых, на фоне современных реалий питания риск развития атерогенных процессов в детском возрасте с каждым годом возрастает.

Цель. Проанализировать распространенность гиперлипидемии и дислипидемии у детей с ишемическим инсультом (ИИ) и транзиторной ишемической атакой (ТИА) по материалам регистра Тюменской области.

Материалы и методы. В период с 2004 по 2018 г сформирован регистр пациентов с ОНМК. Проводится мониторинг распространенности, этиологии, исходов заболевания. Для оценки липидного спектра проводится анализ крови для определения уровня холестерина, липопротеинов высокой и низкой плотности, триглицеридов, аполипопротеина А-1, аполипопротеина В, коэффициента атерогенности.

Результаты и обсуждение. В данный период зарегистрировано 74 случая ИИ и 121 – ТИА у детей в возрасте от 0 до 17 лет. Из них 90 мальчиков и 85 девочек. Из них у 116 детей (59,5%) частично или полностью обследован липидный спектр. 51 ребенок (43,9%) – с ОНМК, 65 детей (56,1%) с ТИА. Наибольшие изменения в липидограмме выявлены у детей из группы ИИ – 37 человек, что составило 72,5% обследованных, в группе ТИА – у 38 человек (58,5% обследованных). В структуре нарушений липидного спектра у детей с ИИ гиперлипидемии диагностированы у 17 (33,3%), дислипидемии у 20 детей (39%). В группе ТИА гиперлипидемии у 40% обследованных (26 ребенка), дислипидемии у 16,9% (11 детей).

Заключение**.** Полученные данные подтверждают значимость нарушения липидного обмена, как фактора риска развития ОНМК у детей и требуют как диагностического уточнения с учетом генетического предрасположения (поскольку часть из них генетически детерминирована и протекает асимптомно), так и разработки профилактических мер, препятствующих развитию гиперлипидемии, дислипидемии (особенности питания, физические нагрузки).

КЛИНИКО НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ, НЕЙРОРАДИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЛЕПСИИ У БОЛЬНЫХ С КОМПЛЕКСОМ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА

Лепесова М.М., Текебаева Л.А.
Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы (Казахстан)
Национальный научный центр материнства и детства, Астана (Казахстан)

Введение. Особенности клинического полиморфизма комплекса туберозного склероза (ТСК) у детей нацеливают на раннюю диагностику ввиду поражения многих систем и органов.

Эпилептический синдром является ведущим при ТСК у детей, изучение его позволяет не только проводить дифференциальную диагностику, но и определить прогноз заболевания.

Цель исследования – изучение эпилептического синдрома у детей до 5 лет с ТСК.

Материал и методы. Обследован 21 ребенок с эпилепсией в возрасте до 5 лет с ТСК, которым проводилось клиническое (фенотипическое), нейрорадиологическое, нейрофизиологическое обследование.

Результаты. Эпилептический синдром выявлен у 19 из 21 обследованных детей с ТСК (90,5%-90,5+-6,73). Ранжирование семиологии эпилептических приступов показало преобладание генерализованных форм эпилепсии (63,2+-13,94) над фокальными (36,8+-18,23) примерно в 2 раза.

Среди всех генерализованных форм инфантильные спазмы представляли 47,4% с преобладанием лиц мужского пола, дебютом от 1,5 до 3 мес, в отличие от литературных данных. Характерно, что время дебюта ИС и клиническая вариабельность находились в отрицательной коррелятивной зависимости (r=-0,46 при p=<0,05), тогда как электрофизиологическая характеристика показала прямую коррелятивную зависимость ЭЭГ и клинических проявлений судорог (r=0,7 при p<0,05).

Сравнительный анализ нейрорадиологических и клинических характеристик показал зависимость наличия множественных кортикальных туберсов с клиническими проявлениями эпилептических приступов (ИС).

Заключение. ТСК у детей до 5 лет протекает манифестно эпилептическим синдромом с дебютом в возрасте от 1,5 до 3 мес, инфантильными спазмами, положительно коррелирующими с электрофизиологическими данными и отрицательно с возрастом дебюта судорог.

Полученные результаты позволяют дифференцированно подходить к диагностике эпилепсии у детей раннего возраста с изысканием методов лечения.

СЛУЧАЙ СИНДРОМА КЛЕЙНЕ-ЛЕВИНА У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ

Мингаирова А.Г.[1] , Павлинова Е.Б.[1], Вологжанина Е.В.[2], Глущенко Е.А.[2], Шатова Н.А.[1]
[1]ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, Омск
[2]БУЗОО Областная детская клиническая больница, Омск

Введение. Синдром Клейне-Левина (G47.8) является редким заболеванием и относится к расстройствам сна, проявляющимся эпизодами гиперсомнии, сочетающейся с когнитивными и поведенческими нарушениями. Причины и патогенез заболевания неизвестны. Предполагаются аутоиммунные, инфекционные, гормональные механизмы, возможны семейные случаи.

Цель исследования – продемонстрировать случай диагностики синдрома Клейне-Левина у мальчика 10 лет.

Материалы и методы. Больной П. в конце января 2019 г. перенес ОРЗ. С 28.02.19 появились жалобы на сон по 18–20 часов в сутки. При попытке разбудить ребенка, оставался вялым, негативным, периодически отмечался субфебрилитет. При пробуждении ходил в туалет, кушал больше, чем обычно, снова ложился спать. Отмечалась светобоязнь, непереносимость звуков, иногда амнезия. Поступил в приемное отделение 03.04.19 для уточнения диагноза. К этому времени сонливость самопроизвольно уменьшилась до 10 часов в сутки. Состояние при осмотре средней степени тяжести, вялый. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа бледная, суборбитальные тени, на туловище множественные пигментные пятна 3–4 мм. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые, влажные. Мышечный тонус достаточный, очаговой симптоматики, менингеальных знаков нет. Речь не нарушена. Координационные пробы выполняет правильно. По органам без особенностей. За время госпитализации (7 дней) клинической динамики не отмечалось. Терапия в стационаре не проводилась. Сохранялась умеренная сонливость в дневное время. Наследственность: у матери с 6 до 10 лет после дневного сна отмечалось искажение размеров предметов (не обследована, симптоматика купировалась самопроизвольно). Проведено лабораторно-инструментальное обследование, в том числе МРТ-головного мозга, ЭЭГ, полисомнография. Патологических изменений не выявлено.

Результаты. На основании полученных данных был выставлен диагноз: Синдром Клейне-Левина. Выписка направлена в РДКБ, где диагноз был полностью подтвержден. С 23.04.19 пациент ведет активный образ жизни. Выполняет валеологические рекомендации.

Заключение. Постановка диагноза потребовала исключения эпилепсии, энцефалита, опухоли, а микро- и макропсия в детстве у матери позволяет думать о наследственной предрасположенности к заболеванию.

ФАРМАКОКОРРЕКЦИЯ ПРОЦЕССОВ ПЕРОКСИДАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРБАМАЗЕПИНОМ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Носаль Л.А., Заболотских Т.В., Симонова Н.В.,

Доровских В.А., Штарберг М.А.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск

Введение. До настоящего времени карбамазепин занимает позицию «золотого стандарта» в лечении эпилепсии, однако доклиническими и клиническими исследованиями показано, что данный антиконвульсант способствует активации процессов пероксидации, формированию окислительного стресса в организме и, следовательно, развитию побочных эффектов, системной токсичности, предопределяющей обоснованность фармакокоррекции препаратами с антиоксидантной и антигипоксантной активностью.

Цель исследования – изучение эффективности реамберина в коррекции процессов пероксидации, индуцированных введением карбамазепина больным эпилепсией детям.

Материалы и методы. В ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница» обследовано 10 больных эпилепсией детей 6–15 лет (5 мальчиков и 5 девочек), получающих карбамазепин в суточной дозе 200–400 мг. В течение 5 дней детям вводили сукцинатсодержащий препарат реамберин 1,5% раствор 200 мл ежедневно внутривенно капельно. Забор венозной крови проводили до (I этап) и сразу после (II этап) курса терапии реамберином. В плазме крови пациентов определяли продукты пероксидации – гидроперекиси липидов (ГЛ), диеновые конъюгаты (ДК), малоновый диальдегид (МДА) и компоненты антиоксидантной системы (АОС) – церулоплазмин, витамин Е, каталазу. В работе использовали приборы: спектрофотометры КФК-2мп, UNICO, фотоэлектроколориметр Solar PV 1251 C. Статистическую обработку проводили с использованием критерия Стьюдента (t), результаты считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты. Введение реамберина детям на фоне лечения карбамазепином препятствовало накоплению продуктов липопероксидации: содержание ГЛ достоверно снизилось на 14,2%, ДК – на 14,6%, МДА – на 14,3% относительно аналогичных показателей, полученных на I этапе исследования ($p<0,05$). Анализируя активность АОС, важно отметить, что использование сукцинатсодержащего препарата позволило достоверно повысить уровень церулоплазмина на 19,3%, витамина Е – на 14,5%, каталазы – на 10,4%, что подтверждает антиоксидантные свойства реамберина.

Заключение. Результатами исследования подтверждена эффективность реамберина в коррекции процессов липопероксидации на фоне терапии карбамазепином, что указывает на целесообразность включения сукцинатсодержащего препарата в комплексную терапию больных эпилепсией детей.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Пономарева М.Н., Кляшев С.М., Кляшева Ю.М., Лебедев И.А., Алекина В.Н., Аутлев К.М., Климов Е.С., Алекберов Р.И., Козлов М.В.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

Введение. Успехи в области молекулярной технологии привели к идентификации многих генов, в том числе ответственных за наследственные болезни в офтальмологии. Изучение литературных данных по ассоциации генов с заболеваниями позволило выдвинуть гипотезу, что ген C-fms является потенциальными генами-кандидатами развития сосудистой патологии зрительного нерва, обусловленного атеросклеротическим процессом у лиц пожилого возраста. **Цель.** Провести генотипирования по двум полиморфизмам: *del-425* и *3'-UTR* гена *c-fms* у пожилых больных с ИБС, АГ и хронической мозговой недостаточностью. **Материалы и методы.** Проведено генотипирование у 200 пожилых больных с помощью аллель специфической ПЦР, по локусам del-425 и 3'-UTR гена c-fms в образцах ДНК, выделенных стандартным методом. В зависимости от наличия либо отсутствия сосудистой патологии зрительного нерва больные распределены на две группы. В 1 группе у 102 пациентов была сосудистая патология зрительного нерва, из них 50(49,0%) мужчин, 52(51,0%) женщин, средний возраст 69,4+5,2 года. Во 2 группе у 98 пациентов сосудистая патология зрительного нерва не выявлена, из них 69(70,4%) мужчин, 29(29,6%) женщин, средний возраст 68,6+5,6 года. **Результаты.** Установлены генетические маркеры предрасположенности к сосудистой патологии зрительного нерва по полиморфизмам del-425 и 3'-UTR гена c-fms, взаимосвязь их с антропопопуляционным фактором. **Заключение.** Генетическими маркерами предрасположенности к развитию сосудистой патологии зрительного нерва у пожилых людей являются гетерозиготные генотипы 12 двух полиморфизмов del-425 и 3'-UTR гена c-fms. На взаимосвязь сосудистой патологии зрительного нерва с генетическими маркерами влияет половой фактор. Предрасположенность к сосудистой патологии зрительного нерва у мужчин ассоциируется с гетерозиготным генотипом 12 полиморфизма 3'-UTR гена c-fms, у женщин – с гетерозиготным генотипом 12 делеционного полиморфизма del-425 того же гена. Реализация генетической предрасположенности к возникновению сосудистой патологии зрительного нерва осуществляется при условии развития триады сочетания ИБС, АГ и хронической сосудистой церебральной недостаточности.

ДОЛЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ В СТРУКТУРЕ ЭПИЛЕПСИЙ И ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ

Рахманина О.А., Левитина Е.В., Велижанина С.Е.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России, Тюмень

Введение. Эпилептические энцефалопатии – как самостоятельная дефиниция в классификации эпилепсий и эпилептических синдромов выделены только в 2001 году. В связи с чем развернутые исследования в этой области активно продолжаются, в том числе в отношении эпидемиологических показателей. Изучение распространенности в популяции и доли среди всех эпилепсий данных состояний осложняется тем, что по-прежнему четко не очерчен круг синдромов, при которых сама эпилептическая активность способствует серьезным прогрессирующим когнитивным и поведенческим нарушениям выше и вне того, чем ожидается от основной патологии.

Цель. Определить долю эпилептических энцефалопатий с разным возрастом дебюта в структуре эпилепсий и эпилептических синдромов у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ данных регистра детей (0–18 лет) с эпилепсией г. Тюмени с 2007 по 2017 гг. Суммарный обработанный объем регистра составил 3698 ребенка с эпилепсией (2007 – 609, 2009 – 907, 2013 – 237, 2015 – 592, 2017 – 1353 ребенка). Выделение эпилептических энцефалопатий проводилось согласно списку предложенному в Проекте классификации эпилептических синдромов 2001 (рекомендовано к применению ILAE в 2010 г.): ранняя миоклоническая энцефалопатия, синдромы Отахара, Веста, Драве, Леннокса-Гасто, Ландау-Клеффнера, эпилепсии с продолженной пик-волновой активностью во сне.

Результаты. Процентная доля детей с эпилептическими энцефалопатиями от всех эпилепсий и эпилептических синдромов в разные годы составляла: 2007 – 5,4%, 2009 – 5,3%, 2013 – 9,8%, 2015 – 6,2%, 2017 – 8,2%. Итоговая доля эпилептических энцефалопатий среди всех зарегистрированных за 10 лет детей с эпилепсией составила 7,2%.

Выводы: Эпилептические энцефалопатии не относятся к частым, но все-таки составляют достаточную долю (7,2%) среди эпилептических синдромов у детей. Большинство авторов отмечают постепенное увеличение эпидемиологических показателей эпилептических энцефалопатий как за счет выявляемости, так и расширения спектра синдромов. По данным нашего регистра подтверждается данная тенденция при сравнении 2007–2009 с 2013–2017 годами.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ПРИ МОНОТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Симонова Н.В., Заболотских Т.В., Носаль Л.А., Доровских В.А., Штарберг М.А.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск

Введение. Применение противоэпилептических препаратов вызывает увеличение образования свободных радикалов, результатом которого может быть снижение эффективности или развитие функциональной толерантности к противосудорожным средствам, а прооксидантные эффекты антиконвульсантов, связанные прежде всего со снижением активности антиоксидантной системы (АОС), индуцируют развитие побочных эффектов, что вызывает необходимость своевременной фармакокоррекции.

Цель исследования – оценка показателей антиоксидантного статуса при монотерапии эпилепсии у детей.

Материалы и методы. В ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница» обследовано 2 группы больных эпилепсией детей 6–15 лет (9 мальчиков и 11 девочек). В первой группе (n=10) терапия проводилась вальпроевой кислотой (ВК), во второй группе (n=10) – карбамазепином. Контрольная группа – 15 здоровых детей, сопоставимых по полу и возрасту. В плазме крови пациентов определяли первичные продукты пероксидации – гидроперекиси липидов (ГЛ), диеновые конъюгаты (ДК) и компоненты АОС – церулоплазмин, витамин Е, каталазу. В работе использовали приборы: спектрофотометры КФК-2мп, UNICO, фотоэлектроколориметр Solar PV 1251 C. Статистическую обработку результатов проводили с использованием критерия Стьюдента (t), результаты считали достоверными при p<0,05.

Результаты. Монотерапия карбамазепином способствовала достоверному увеличению в плазме крови детей ГЛ на 8,6%, ДК на 13,8% на фоне снижения активности каталазы на 17%, церулоплазмина на 8,5% и витамина Е на 6,4% в сравнении с аналогичными показателями в контрольной группе (p<0,05). Лечение больных эпилепсией детей ВК вызывало менее выраженные изменения антиоксидантного статуса: на фоне практически полного отсутствия влияния на каталазную активность и недостоверное снижение уровня церулоплазмина и витамина Е в среднем на 3% относительно контроля, применение ВК привело к достоверному увеличению ГЛ на 9,8% и ДК на 5,6%.

Заключение. Оценка показателей антиоксидантного статуса у больных эпилепсией детей свидетельствует о прооксидантном действии препарата карбамазепин, превосходящем по основным параметрам ВК, что подчеркивает целесообразность включения в комплексную терапию эпилепсии лекарственных средств, обладающих антиоксидантной активностью.

КЛИНИКО-НЕЙРОРАДИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.

Турманбетова А.К., Лепесова М.М.
Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Казахстан

Введение. Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее заболевание ЦНС со стадийностью патологического процесса, полиморфными клиническими проявлениями, развивающимися вследствие воспаления, демиелинизации и вторичной нейродегенерации. В 3-12% случаев возможен дебют в детском и подростковом возрасте.

Цель исследования – клинико-нейрорадиологичсекая характреистика церебральной формы РС у ребенка.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ медицинской карты стационарного больного, ребенка 13 лет с симптомами РС.

Результаты. Дебют с жалоб на онемение правой половины верхней губы, в последующем развился паралич мимических мышц справа. В стационаре выставлен диагноз «Невропатия лицевого нерва справа». При неврологическом осмотре: паралич мимической мускулатуры справа, атаксия в правой руке. На фоне гормональной терапии (дексаметазон) отмечен регресс симптомов паралича n.facialis. На МРТ головного мозга: очаг первентрикулярно в правой теменной доле, характеризующийся изогиперинтенсивным МР-сигналом в Т2ВИ и FLAIR, изоинтенсивным в Т1ВИ, также аналогичный очаг определяется в правой ножке мозжечка. Заключение: МР признаки очагового поражения правой теменной доли и правой ножки мозжечка воспалительного либо демиелинизирующего характера. В динамике на МРТ в DWI, FLAIRz, T2, T1 взвешенных изображениях суб- и супратенториальных структур мозга 3 очага овальной формы с четкими контурами: первый очаг в средней лобной извилине справа, с высокой вероятностью наличия «веноцентрического» паттерна; второй очаг в правой височной доле, перивентрикулярно на уровне заднего рога бокового желудочка; третий очаг в средней ножке мозжечка справа в точке выхода правого лицевого нерва. Заключение: МР-картина может соответствовать демиелинизирующему заболеванию (рассеянный склероз, церебральная форма). Один активный очаг в правой лобной доле (по данным МРТ в/в контрастированием).

Осмотр через 3 месяца: отсутствие очаговой симптоматики, не значительная атаксия. На МРТ сохраняются 3 очага с разной степенью накопления контраста.

Заключение. На основании критерий McDonald 2010/2017 (1 обострение, соответствующий критериям ДВП и ДВВ) выставлен диагноз «Рассеянный склероз. Церебральная форма».

АГЕНЕЗИЯ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА И РАЗВИТИЕ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ

Туровская Н.Г.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
ГБУЗ ВОДКПБ, Волгоград

Изучение особенностей развития когнитивных функций у детей с различной церебральной органической патологией чрезвычайно актуально, так как позволяет определить «мишени» необходимой им медико-психологической помощи.

Цель исследования – изучение особенностей развития высших корковых функций при агенезии мозолистого тела.

Материалы и методы. Нейропсихологическое исследование было проведено с ребенком (пол – мужской, возраст – 10 лет), у которого по данным нейровизуализации (магнитно-резонансная томография головного мозга) был выявлен врожденный порок развития – агенезия мозолистого тела.

Результаты. В процессе исследования контакт с испытуемым устанавливался недостаточно продуктивный. Понимание инструкций ребенку в целом было доступно. Однако, он периодически становился безучастным к выполнению заданий и взаимодействию со взрослым, не проявлял стремления достичь положительного результата. Эмоции ребенка были приглушены, мимика бедна, однообразна. В ходе нейропсихологического исследования у испытуемого были выявлены умеренные нарушения регуляторного и легкие ближе к умеренным нарушения динамического праксиса (в пробе «Реакция выбора» долго не усваивал и быстро терял задачу деятельности; в пробе «Конфликтная произвольная деятельность» отмечались массивные эхопраксии, в пробе «Кулак-ребро-ладонь» – перестановки и пропуск элементов, персеверации движения). Задание «Реципрокная координация» не доступно для выполнения. Тест «Праксис позы» ребенок относительно хорошо выполнял с опорой на зрительный образец и практически не смог выполнить с опорой на кинестетический образец. Уровень сформированности пространственного праксиса умеренно ниже возрастной нормы. Символический праксис грубо нарушен. При этом у испытуемого не обнаружилось трудностей при выполнении заданий, направленных на исследование слухового и тактильного гнозиса, были диагностированы легкие нарушения фонематического восприятия, предметного, сомато-пространственного и зрительно-пространственного гнозиса. При выполнении всех заданий отмечались признаки повышенной истощаемости психической деятельности.

Заключение. В процессе нейропсихологического исследования у испытуемого была выявлена, в первую очередь, грубая недостаточность регуляторных компонентов психической деятельности. Можно предположить, что агенезия мозолистого тела не препятствует развитию функций задних и может сопровождаться грубым нарушением развития функций передних (преимущественно, префронтальных) отделов коры больших полушарий головного мозга.

НАРУШЕНИЕ РАЗВИТИЯ ДИНАМИЧЕСКОГО

ПРАКСИСА У ДЕТЕЙ С СУДОРОЖНЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ В АНАМНЕЗЕ

Туровская Н.Г.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
ГБУЗ ВОДКПБ, Волгоград

Введение. Актуальность изучения особенностей развития высших корковых функций у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе определяется необходимостью поиска путей оказания медико-психологической помощи пациентам с данным нервно-психическим расстройством.

Цель исследования – выявление особенностей развития динамического праксиса, как способности к сукцессивной (последовательной) организации движений и действий (в том числе умственных) у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 54 ребенка в возрасте от 6 до 8 лет, имевшие в анамнезе различные по этиопатогенетическому признаку судорожные пароксизмы, в 91,67% случаев развившиеся на фоне предшествующей церебральной органической патологии. В качестве эмпирических методов исследования использовались методы нейропсихологической диагностики высших психических функций у детей (Цветкова, 2002). Изучение особенностей динамического праксиса осуществлялось с помощью проб «Кулак-ребро-ладонь», «Реципрокная координация» и графической пробы «Узор»

Результаты. Результаты исследования показали, что наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ у детей статистически значимо коррелирует с недостаточностью динамического праксиса (F=3,636; p=0,030). Дисперсионный анализ значений по шкале «Наличие «латентной» эпилепсии» также позволил выявить статистически значимые связи между не сопровождающейся приступами эпилептиформной активностью на ЭЭГ и патологией динамического праксиса (F=4,351; p=0,040). При этом с нарушением развития динамического праксиса, по данным дисперсионного анализа, одинаково коррелирует любая локализация очага эпилептиформной активности на ЭЭГ (в лобных отделах – F=6,156; p=0,015; в центральных отделах – F=7,975; p=0,006; в височных отделах – F=7,543; p=0,007; в теменных отделах – F=4,678; p=0,033; в затылочных отделах – F=6,477; p=0,013; в правом полушарии – F=7,408; p=0,008; в левом полушарии – F=5,852; p=0,018). Большее количество пароксизмальных состояний в анамнезе сопряжено с более выраженным нарушением данной функции (F=3,707; p=0,021).

Заключение. Наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ у детей с высокой степенью вероятности сочетается с нарушением развития динамического праксиса и, следовательно, нарушением развития функций лобных премоторных отделов коры больших полушарий головного мозга. Полученные данные необходимо учитывать в процессе планируемой нейропсихологической коррекции.

КОЛИЧЕСТВО ПРИСТУПОВ КАК ФАКТОР ПАТОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С СУДОРОЖНЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ В АНАМНЕЗЕ

Туровская Н.Г.
Кафедра общей и клинической психологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград

Введение. Актуальность изучения особенностей психического развития детей с судорожными пароксизмами определяется широкой распространенностью данной нервно-психической патологии в детской популяции и данными о ее отрицательном влиянии на психический онтогнез (Гузева, 2007).

Цель исследования – изучение связи между количеством приступов в истории болезни и особенностями психического развития детей с судорожными пароксизмами в анамнезе.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 54 ребенка в возрасте от 6 до 8 лет, имевшие в анамнезе различные по этиопатогенетическому признаку судорожные пароксизмы, и их родители (законные представители). В исследовании использовались клинико-биографические методы (анализ анамнестических сведений, анкетирование («Анкета для родителей детей 5–15 лет для выявления ГРДВ (гиперактивного расстройства с дефицитом внимания) и минимальных мозговых дисфункций» (Заваденко, 2005)) и экспериментально-психологические методы (методы нейропсихологического исследования высших психических функций у детей (Цветкова, 2002), диагностический комплекс «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» (Ясюкова, 2002)).

Результаты. Дисперсионный анализ выявил прямую статистически значимую связь между количеством приступов и нарушением развития динамического праксиса (F=3,707; p=0,021), зрительно-моторной координации (F=3,356; p=0,030), сомато-пространственного гнозиса (F=4,240; p=0,012), способности понимания логико-грамматических конструкций (F=4,046; p=0,027), активного внимания (F=4,211; p=0,023), кратковременной зрительной памяти (F=4,248; p=0,013), речевого развития (F=3,789; p=0,020), различных видов мышления (визуального линейного (F=3,575; p=0,024), визуального структурного (F=3,389; p=0,029), понятийного интуитивного (F=3,223; p=0,036), понятийного логического (F=7,525; p=0,001), понятийного

речевого (F=4,973; p=0,006), понятийного образного (F=3,640; p=0,023)) и общим снижением интеллекта (вплоть до глубокой интеллектуальной неполноценности) (F=3,588; p=0,025).

Заключение. Для детей, перенесших в анамнезе большое количество судорожных пароксизмов, характерно грубое нарушение психического развития со снижением большинства когнитивных функций. С наибольшей вероятностью в этой ситуации страдают понятийное логическое и понятийное речевое мышление. Обращает на себя внимание отсутствие связи между количеством приступов в анамнезе и патологией развития регуляторного и пространственного праксиса, слухового и фонематического восприятия.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ В АНАМНЕЗЕ СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ НОВОРОЖДЕННОГО

Туровская Н.Г., Алехин А.Н.
Кафедра общей и клинической психологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград;
Кафедра клинической психологии и психологической помощи ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И.Герцена, Санкт-Петербург

Введение. Неэпилептические пароксизмальные состояния, как правило, прогностически более благоприятны, чем эпилептические. Однако, по данным В.И. Гузевой (2007), у 11–48% детей, перенесших в анамнезе судорожный синдром новорожденного, в дальнейшем развиваются тяжелые неврологические осложнения.

Цель исследования – выявление особенностей когнитивного развития детей, перенесших в анамнезе судорожный синдром новорожденного.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 54 ребенка в возрасте от 6 до 8 лет и их родители (законные представители). У участвующих в исследовании детей отмечались в анамнезе различные по этиопатогенетическому признаку судорожные пароксизмы. Среди неэпилептических приступов наблюдались фебрильные судороги, аффективно-респираторные приступы, вегетативно-висцеральные пароксизмы, судорожный синдром новорожденного. В исследовании использовались клинико-биографические методы (анализ анамнестических сведений, анкетирование («Анкета для родителей детей 5–15 лет для выявления ГРДВ (гиперактивного расстройства с дефицитом внимания) и минимальных мозговых дисфункций» (Заваденко, 2005)) и экспериментально-психологические методы (методы нейропсихологического исследования высших психических функций у детей (Цветкова, 2002), диагностический комплекс «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» (Ясюкова, 2002)).

Результаты. Анализ графиков средних значений, полученных в результате дисперсионного анализа, показал, что у детей с судорожным синдромом новорожденного в анамнезе в будущем отсутствуют нарушения визуального линейного мышления (F=3,137; p=0,039), но присутствуют легкие нарушения динамического праксиса (F=3,271; p=0,031), зрительно-моторной координации (F=3,757; p=0,020) и понятийного логического мышления (F=3,539; p=0,026), умеренные нарушения номинативной функции речи (F=3,455; p=0,027) и понятийного интуитивного мышления (F=3,080; p=0,041), выраженные нарушения активного внимания (F=11,435; p=0,000). Вследствие указанных выше нарушений когнитивных функций у детей, перенесших судорожный синдром новорожденного в анамнезе наблюдаются умеренно выраженные трудности школьного обучения (F=5,615; p=0,019).

Заключение. У детей, перенесших в анамнезе судорожный синдром новорожденного, в будущем присутствует патология ряда когнитивных функций, что приводит к умеренно выраженным трудностям обучения в школе.

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ НЕЙРОНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ИШЕМИЮ

Узунова А.Н., Цунский Н.В., Назарова М.В.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Нейронспецифическая енолаза (НСЕ) относится к внутриклеточным ферментам центральной нервной системы (ЦНС) и появляется в биологических жидкостях вследствие высвобождения ее из нейронов при их гибели. Имеются сведения о высокой клинической ценности исследования НСЕ в плазме крови, как общего маркера всех дифференцированных нейронов у новорожденных, для диагностики постишемических повреждений мозга.

Цель исследования. Определить динамику изменений содержания НСЕ в сыворотке крови детей, перенесших церебральную ишемию (ЦИ) в динамике первого года жизни.

Материалы и методы. Обследовано 64 доношенных ребенка с клинически и инструментально подтвержденной ЦИ (НСГ, ЭХО-ЭС, состояние глазного дна) при исключении поражения ЦНС травматического и инфекционного генеза (УЗИ и рентгенография шейного отдела позвоночника, ПЦР крови на внутриутробные инфекции). Определение НСЕ в сыворотке крови с использованием реагентов

(«НСЕ-ИФА», Россия ООО «ХЕМА») проводилось в первые 4–5 суток жизни, затем в 3, 6, 9, 12 мес. Группу контроля составили 24 здоровых ребенка, сопоставимых по возрасту и полу.

Результаты исследования. Выявлено повышение среднего содержания НСЕ (выше 13 мкг/л – референсные значения) у 80% новорожденных, из них у 5,9% – более 64 мкг/л (p<0,05), максимально до 104 мкг/л. Наиболее выраженное увеличение уровня НСЕ было отмечено при II степени тяжести ЦИ (p<0,05). Несмотря на снижение содержания НСЕ в сыворотке крови на протяжении первого года жизни, в возрасте 3-х мес. ее величина превышала референсные значения у 79,7% детей, в 6 мес. – у 43,8%, в 9 мес. – у 7,8%, в 12 мес. – у 4,7%. Однако, несмотря на то, что неврологическая симптоматика к концу 1 года жизни сохранялась у 25% детей основной группы, во втором полугодии жизни среднее значение НСЕ в группе пациентов, перенесших ЦИ, достоверно не отличалось от детей группы контроля. Наиболее часто диагностировался синдром задержки моторного развития, реже синдром внутричерепной гипертензии, синдром гипервозбудимости и вегето-висцеральных нарушений.

Заключение. Наличие повышенного содержания НСЕ сыворотки крови у части пациентов, перенесших ЦИ, до конца 1-го года жизни может, по-видимому, отражать сохраняющуюся у них морфологическую основу для формирования неврологической патологии.

Раздел 9
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

ЗНАЧЕНИЕ СУРФАКТАНТНОГО БЕЛКА D У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Абдурахманова Ф.Р., Мирзахмедова Д.М., Ишниязова Н.Д.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Узбекистан, Ташкент

Введение. Врожденная пневмония (ВП) является одной из основных причин высокой заболеваемости и смертности новорожденных детей, имеющая клинико-рентгенологические проявления в первые 72 ч жизни ребенка. Изучение молекулярных механизмов воспаления легких и возможности его коррекции приобрели особую значимость в связи с ростом инфекционных заболеваний органов дыхания новорожденных. Сурфактантный белок D (SP-D) – один из ключевых регуляторов функции альвеолярных макрофагов – основных клеток системы иммунитета в легких.

Цель исследования – изучение содержания SP- D в сыворотке крови у новорожденных с врожденной пневмонией.

Материалы и методы. Нами обследовано 28 доношенных новорожденных с подтвержденной врожденной пневмонией, со средней массой тела 3136,3±111,5гр и гестационным возрастом 38,1±1,3недель. Контрольную группу составили 20 здоровых доношенных новорожденных. Уровень SP-D определялся в сыворотке крови методом ИФА с использованием поликлональных антител набором реактивов фирмы “Biovendor”(Чехия).

Результаты. У новорожденных с врожденной пневмонией отмечались клинические признаки интоксикации с первых дней жизни, воспалительные изменения в крови (лейкоцитоз, изменения в лейкоцитарной формуле, повышение уровня С-реактивного белка). Аускультативно выслушивалось ослабленное дыхание. Рентгенологически отмечалось усиление бронхососудистого рисунка и локальное понижение прозрачности легочных полей в первые 24–72 ч жизни.

Сравнительное изучение показателя SP-D в сыворотке крови выявило наличие достоверных различий между группами новорожденных, в частности, у детей с ВП содержание данного белка было понижено в 2,4 раза по сравнению с контрольной группой (P<0,001). Эти изменения могут быть связаны с неспособностью клеток респираторного эпителия у детей с ВП к синтезу SP-D в концентрациях, необходимых для антиинфекционной защиты легких. Возможно, это обусловлено их повреждением еще на антенатальном этапе.

Заключение. Изменение уровня SP-D при воспалительных заболеваниях легких новорожденных может быть использовано не только как маркер повреждения легких, но и как агент воздействия на патогенетические звенья воспалительной реакции, что раскрывает новые возможности для решения фундаментальных проблем клинической медицины.

ИНТЕРВАЛЬНАЯ ГИПОКСИТЕРАПИЯ И ЭНТЕРАЛЬНАЯ ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Борукаев А.М., Рахаев А.М., Борукаева И.Х., Абазова З.Х.
ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик, ФКУ «ГБ МСЭ по Кабардино-Балкарской Республике» Минтруда России, Нальчик

Введение. Бронхиальная астма, являясь причиной инвалидизации детей, часто продолжается в зрелом возрасте и приводит к ухудшению качества жизни больных и развитию серьезных осложнений. Поэтому весьма важным для клинической медицины является разработка эффективных методов лечения бронхиальной астмы.

Цель исследования – выявить влияние комбинированного применения интервальной гипокситерапии (ИГТ) и энтеральной оксигенотерапии на иммунологическую реактивность у больных бронхиальной астмой.

Материал и методы. Обследовано 160 детей 8-12 лет с бронхиальной астмой легкой и средней степенью тяжести. Комплексное иммунологическое обследование прошли больные до и после лечения.

Результаты. У больных применение ИГТ и энтеральной оксигенотерапии оказало существенное влияние на иммунологическую реактивность. После лечения отмечалось достоверное (p<0,01) увеличение количества Т-лимфоцитов CD3+, Т-лимфоцитов CD4+. Об улучшении клеточного звена иммунитета свидетельствовало достоверное возрастание содержания Т лимфоцитов CD8+. После лечения достоверно (p<0,01) возросло содержание иммуноглобулинов А, М и G. Важным результатом комбинированного метода лечения явилось достоверное (p<0,001) уменьшение содержания в крови общего иммуноглобулина Е, что свидетельствовало об уменьшении хронического воспалительного процесса в бронхиальном дереве. Достоверно (p<0,05) снизилось содержание ЦИК, что характеризовало снижение сенсибилизации. Уменьшение содержания IgA, IgE в крови можно рассматривать как проявление уменьшения хронического воспалительного процесса в бронхиальном дереве и усиления противоинфекционного иммунитета. Достоверное увеличение содержания Т-лимфоцитов привело к улучшению клеточного и гуморального звеньев иммунитета и уменьшению иммунорегуляторного индекса.

Заключение. Таким образом, для детей с бронхиальной астмой комбинированный метод лечения оказался эффективным средством коррекции иммунологической реактивности. Он способствовал усилению противомикробного, противовирусного, противовоспалительного иммунитета.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА И ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННЫХ ПНЕВМОНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Брыксина Е.Ю., Афонин А.А., Летифов Г.М., Панова И.В.
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. Вентилятор-ассоциированные пневмонии (ВАП) составляют серьезную проблему современной неонатальной реанимации, поскольку сопряжены с увеличением продолжительности искусственной вентиляции легких (ИВЛ), потребностью в более «жестких» параметрах респираторной терапии, развитием полисистемных осложнений, и, как следствие, повышением экономических затрат на лечение и нарастанием показателей летальности. Гемодинамически значимый открытый артериальный проток (ОАП) может способствовать дальнейшему нарастанию интерстициального отека и повышению сосудистого сопротивления в малом кругу кровообращения, создавая благоприятные условия для развития и прогрессирования воспалительного процесса в легких.

Цель исследования – изучение взаимосвязи ОАП и частоты развития ВАП, а также зависимости параметров проводимой респираторной терапии от наличия/отсутствия данных сочетаний.

Материалы и методы. В исследование включено 177 новорожденных, находившихся на ИВЛ. Пациенты были подразделены на две группы: 98 детей с «жесткими» параметрами ИВЛ (основная группа) и 79 детей с физиологическими параметрами ИВЛ (группа сравнения). Эхокардиографическое исследование выполнено аппаратом Krets Voluson 730 Expert (General Electrics, США), датчиками с частотой 4,7-6,8 МГц по стандартной методике. Гемодинамическую значимость ОАП определяли согласно основным и дополнительным критериям, утвержденным Российской ассоциацией специалистов перинатальной медицины.

Результаты. У новорожденных, находящихся на ИВЛ с «жесткими» параметрами, частота гемодинамически значимого ОАП, а также сочетания ОАП и ВАП была выше (p=0,0004 и p=0,0007 соответственно). Анализ зависимости параметров респираторной терапии от сочетания ВАП с ОАП выявил, что сочетание ВАП с ОАП (с наличием сильной корреляционной зависимости между данными патологическими состояниями (p=0,00003, r=0,69)), сопровождалось максимально «жесткими» параметрами ИВЛ с повышением среднего давления в дыхательных путях, пикового давления на вдохе и концентрации кислорода.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о высокой клинической значимости коррекции гемодинамически значимого ОАП в целях повышения комплайнса легких у новорожденных, получающих респираторную терапию, а также снижения частоты развития и тяжести течения ВАП.

ИЗМЕНЕНИЯ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Горячко А.Н.[1], Сукало А.В.[1], Улезко Е.А.[2], Рожко Ю.В.[2], Свирская О.Я.[2]
[1]Белорусский государственный медицинский университет, Минск
[2]РНПЦ «Мать и дитя», Минск

Введение. Применение современных методов первичной реанимации, сурфактантной терапии и ИВЛ позволило значительно повысить выживаемость недоношенных детей с врожденной пневмонией, при этом процент неврологических осложнений, связанных с внутричерепными кровоизлияниями, остается высоким.

Цель исследования – оценить показатели коагулограммы у недоношенных новорожденных с врожденной пневмонией.

Материалы и методы. Проведено обследование 95 новорожденных на 1 и 5 сутки жизни. В исследуемую группу вошло 49 недоношенных детей с РДС и врожденной пневмонией, сравнения – 46 недоношенных детей с РДС.

Результаты. Проведено определение показателей свертывания крови на 1 и 5 сутки. Данные гемостазиограмм на 1-е сутки: АЧТВ: 47,3 (39,5-54,1) и 40,2 (36,1-42,5), U=810,0, p<0,001; коэффициента АЧТВ (R): 1,7 (1,4-2,1) и 1,5 (1,3-1,6), U=707,0, p<0,001; ПВ: 21,4 (17,8-23,2) и 18,6 (17,3-19,6), U=1055,0, p=0,003; ПТИ по Квику: 56,7 (44,0-68,8) и 63,7 (57,7-73,0), U=1050,0, p=0,01; МНО: 1,7 (1,4-1,9) и 1,5 (1,3-1,6), U=1020,0, p<0,001; ТВ: 22,6 (19,0-23,6) и 19,6 (18,2-21,3), U=895,0, p=0,004; фибриноген: 2,6 (1,9-3,2) и 2,6 (2,3-2,9), U=1354,0, p=0,263; D-димеры: 5,1 (2,2-6,9) и 1,7 (1,3-2,0), U=510,0, p<0,001, соответственно. Показатели коагулограммы на 5-е сутки: АЧТВ: 41,4 (34,0-42,5) и 34,5 (32,6-35,8), U=530,0, p<0,001; R: 1,5 (1,3-1,5) и 1,3 (1,2-1,3), U=443,5, p<0,001; ПВ: 17,1 (15,6-17,7) и 16,4 (15,4-17,0), U=858,0, p=0,365; ПТИ: 77,5 (69,3-86,9) и 78,4 (72,7-84,0), U=915,0, p=0,938; МНО: 1,3 (1,2-1,4) и 1,2 (1,1-1,2), U=659,0, p=0,007; ТВ: 19,8 (17,8-22,1) и 17,5 (16,5-18,3), U=443,5, p<0,001; фибриноген: 3,6 (3,0-4,3) и 3,2 (3,1-3,6), U=733,5, p=0,072; D-димеры: 2,4 (1,3-2,9) и 1,0 (0,7-1,1), U=404,0, p<0,001, соответственно.

Заключение. Достоверно высокие значения АЧТВ, R, ПВ, МНО, ТВ на фоне низких показателей ПТИ в раннем неонатальном периоде у недоношенных новорожденных с врожденной пневмонией по сравнению с данными коагулограмм недоношенных младенцев группы сравнения свидетельствуют о гипокоагуляции на всех фазах свертывания крови.

ХАРАКТЕР ЦИТОКИНОВОГО ОТВЕТА ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

[1]Буряк В.Н., [2]Дудко М.В.
[1]ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург
[2]ООО «Первая детская поликлиника», Екатеринбург

Введение. Развитие острых респираторно-вирусных инфекций у детей раннего возраста нередко осложняется формированием обструктивного бронхита. Данное осложнение обусловлено как особенностями анатомического строения бронхиального дерева в рассматриваемом возрастном периоде, так и характером воспалительного ответа. Последний во многом обусловлен активностью различных цитокинов в динамике развития патологического процесса.

Цель. Изучить особенности цитокинового профиля в динамике развития острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Обследовано 25 детей в возрасте от 1-го до 3-х лет с острой респираторно-вирусной инфекцией, осложнившейся обструктивным бронхитом и 20 здоровых детей аналогичного возраста, составивших группу контроля. У всех обследованных методом ИФА исследовалось содержание в сыворотке крови интерферона α, интерферона γ и интерлейкинов 4. 5, 13. Статистическую обработку результатов проводили посредством методов вариационной статистики с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 6.1»

Результаты и обсуждение. У обследованных больных выявлены достоверные (p<0,05) отличия концентраций ряда цитокинов. В частности, значения интерлейкина 4 в начале заболевания у детей с обструктивным бронхитом составили 0,76±0,26нг/мл, в конце заболевания – 0,95±0,28нг/мл, у детей группы контроля – 0,25±0,05нг/мл. концентрация интерлейкина 13 равнялась, соответственно, 8.19±2,95 нг/мл, 22,80±2,65 нг/мл и 1,85±0,25 нг/мл

Выводы. 1. У детей раннего возраста при остром обструктивном бронхите развиваются отклонения в цитокиновом профиле. 2. Острый обструктивный бронхит в раннем возрасте характеризуется повышенным уровнем провоспалительных цитокинов как в дебюте, так и на исходе заболевания

МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Дмитрачков В.В., Бересневич А.А.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель: определить частоту, характер внешних (ВнП) и висцеральных проявлений (ВиП) дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у детей и подростков с бронхоэктатической болезнью (БЭБ).

Материал и методы. Группа наблюдения (гр.1) – 17 детей с БЭБ (7–17 лет). Гуппа условного контроля (гр.2) – 20 детей с о. пневмонией (7–17 лет), находившихся на лечении в 4-й ГДКБ. Контрольная группа (гр.3) – 40 здоровых детей. Проводилась оценка признаков ДСТ соматоскопическим, морфометрическим методами; ЭКГ, УЗИ сердца и органов брюшной полости, осмотры окулиста, ортопеда, оценка степени ДСТ: схема Т. Милковска-Дмитровой и А. Каркашева (1985), метод Фоминой Л. Н. (2001).

Результаты. Общее количество случаев МАР ДСТ у детей в гр. 1 и 2 – больше (100%), чем в гр.3 – 62,5±7,65% (p1,2<0,001). ВиП ДСТ чаще встречались в гр.1 – 35,3±11,9%, в гр.2–10±6,9% (t=1,83, p3<0,01). У детей гр. 1 и 2, чаще встречались МАР ССС–100% и 95±5% против 27,5±7,1% (p1<0,001, p2<0,001) – нарушение осанки, плоскостопие; кожи и ее дериватов –100% и 95±5% против 47,5±7,9% (p1<0,001, p2<0,001), органов зрения –94,1±5,9% и 45±11,4% против 22,5±6,6% (p1<0,001, p3<0,001). Детей с 6 и > ВнП: гр.1 – 88,2±8,1%, гр.2 – 55±11,4%, гр.3 – 10±4,74% (p1, p3<0,001). Общее число ВнП в гр. 1 более чем в 2 раза выше, чем в гр.3. (p<0,05). На 1 ребенка: среднее число (СрЧ) МАР в гр.3 – 4,44, в гр.1 – 12,5; общее число МАР в гр.3 – 23, в гр. 1 – 39; СрЧ главных МАР в гр. 1 –1,65, в гр.2 – 0,85, в гр.3 – 0,57. У детей с ДСТ средняя степень (ст.) ДСТ преобладала в гр.1–в 76,5±10,6% (p1,2,3<0,001). В гр.2 и 3 отмечены только случаи легкой ст. ДСТ. ДСТ ССС в гр.1 и гр.2 (МАР сердца): у детей с БЭБ – 29,4±11,4%, в гр.2 – 10±6,9%. В гр. 1 МАР мочеполовой системы (МПС) – 17,6±9,5%.

Выводы. МАР часто встречаются у больных и здоровых детей, но у детей с БЭБ чаще ВиП ДСТ. Имеется прямая зависимость между степенью ДСТ и характером течения соматической патологии. При БЭБ чаще встречаются: значимые МАР, случаи ДСТ 2ст., ДСТ ССС и МПС. Выявленные особенности позволяют предположить возможность определения степени ДСТ как вероятного предиктора хронизации соматической патологии. Существующие методы определения степени ДСТ не являются достаточными и требуют дальнейшей доработки для использования их в практике работы с детьми.

ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ: МОНООКСИД УГЛЕРОДА, КАК МАРКЕР ВОСПАЛЕНИЯ В БРОНХИАЛЬНОМ ДЕРЕВЕ

Добрынина О.Д., Мещеряков В.В.
Сургутский государственный университет, Сургут

Введение. В основе бронхиальной астмы (БА) лежит хроническое аллергическое воспаление. Требуются новые подходы в диагностике БА у детей ран-

него и дошкольного возраста, из-за гиподиагностики (ранний дебют течет под масками других респираторных заболеваний, низкая кооперация с детьми данного возраста затрудняет проведение спирометрии). Анализ литературных источников показал актуальность определения монооксида углерода (CO) для определения воспаления в организме не зависимо от локализации процесса.

Цель: Исследовать диагностические возможности определения CO в выдыхаемом воздухе с целью установления наличия воспаления в дыхательных путях.

Материалы и методы. Проведено исследование на группе пациентов с установленной БА – 1 группа (n=72) в возрасте от 2 до 17 лет в динамике на протяжении 6 недель от последнего обострения, в сравнении с группой здоровых детей того же возраста – 2 группа (n=49) (у всех исключен факт пассивного/активного курения). Проведено: исследование методом компьютерной бронхофонографии (аппарат Паттерн-1, Россия), с определением акустического компонента работы дыхания (АКРД, мкДж) в высокочастотном спектре (5,0 – 12,5 кГц) – пороговый уровень <0,2 мкДж; определение уровня CO, ppm в выдыхаемом воздухе (PiCO+Smokerlyzer (Bedfont, England), лабораторная диагностика для исключения воспаления.

Результаты. АКРД в 1-й группе при стихающем обострении – 2,30 (1,50 – 2,78), мкДж через 6 недель у 84,7% детей АКРД сохранялся повышенным – 0,40 (0,23 – 0,45), мкДж, что свидетельствовало о скрытом бронхоспазме, даже при отсутствии клинических проявлений. Во 2-й группе АКРД – 0,1 (0,03 – 0,19), мкДж. Во 2-й группе уровень CO – 1,63 (1,00 – 2,00), ppm не зависимо от пола и возраста (p=0,7). В 1-й группе – при обострении CO – 5,7 (5,0 – 6,0), ppm, в ремиссии – 3,6 (3,0 – 4,0), ppm, несмотря на снижение уровня CO, сохраняется статистически значимая разница по сравнению со 2-й группой, (p=0,002). Методом ранговой корреляции установлена средней силы связь между повышенным значениями CO и повышенным АКРД (r=0,55, p <0,05) в период ремиссии.

Заключение. Установленные закономерности (повышение CO с подтвержденным повышенным АКРД в высокочастотном спектре) могут позволить проводить диагностику БА вне обострения, а также повысить эффективность диагностики различных фенотипов БА.

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ АСОЦИИРОВАННАЯ С ЦИТОМЕГОЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ

Донос А.А., Трипадуш Н.М., Илиев А-М. И., Токарчук Л.В
Государственный Университет Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану, Республика Молдова

Введение. Внебольничная пневмония является одной из главнейших проблем детского здравоохранения. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ, 2016) обращает внимание на то, что внебольничная пневмония (ВП) это одна из главных причин детской смертности детей до 5 лет. ВП ассоциированная цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекцией протекает тяжело, длительно и с частыми осложнениями в связи с возрастными особенностями и реакцией иммунного ответа согласно возрасту.

Цель исследования. Определение факторов риска, клинических маркеров в проявлении ВП у детей с цитомегаловирусной инфекцией.

Материалы и методы. В исследование включено 106 детей в возрасте до 5 лет с ВП из которых у 75 детей была ассоциированна с цитомегаловирусной инфекцией в острой и латентной форме болезни. Исследованы 3 группы детей с ВП: в I гр.- 31 ребёнка с ЦМВ серо позитивными Ig M; в II гр.-44 ребенка с ЦМВ серо позитивными IgG; в III гр.- 31 ребенок которая являлась контрольной группой. Серологические исследования проводились методом ELISA.

Результаты. В опытных группах (I и II) у матерей положительные серологические анализы на ЦМВ (46,15 %), герпевирусная инфекция 1 типа (36,92%) и 2 типа (16,92%). Факторами риска определялись: патологическая беременность (58,06±2,63% (p<0,005)), угроза прерывания беременности (32,2±2,8% (p<0,005)), токсикозы (15,9±2,8%, (p<0,005)), анемии (45,1±3,4%, (p<0,05)), аллергии (20±1,2% (p<0,05)). В I и II группах тяжелое общее состояние определялась соответственно 35,48% и 27,2% против 12,9% в контрольной группе. Дыхательная недостаточность в I группе составляла до 80% из детей против 41,9% в контрольной группе. В I-II гр. цианотичность кожных покровов – в 60%, втяжение уступчатых в 80%, тахипное в 87,09% по сравнении с контролем – 41% детей. Высокие трансаминазы определялись в первых группах соответственно: в I (74,09% ± 2,6% (p<0,05)) и II (64,86±1, 89% (p<0,01)).

Заключение. Тяжесть состояния ВП у детей определялась факторами риска, отягощенным семейным анамнезом по ЦМВ, присутствие осложнений (83,8±2,35% (p<0,005)) и длительность лечения (с выше 20 дней). Герпетическая инфекция в лице ЦМВ по своей распространенности, тяжести проявления определяется как одной из социальных проблем современности.

СОЦИАЛЬНЫЕ И ПРЕМОРБИДНЫЕ ФАКТОРЫ ОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Дорохов Н.А., Скударнов Е.В., Малюга О.М., Зенченко О.А., Пономарев В.С.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул.

Актуальность. Пневмонии- одно из важных разделов пульмонологии и педиатрии. Актуальность

обусловлена значительной распространенностью заболеваний легких у детей, что диктует необходимость изучения и анализа предрасполагающих социальных и преморбидных факторов, влияющих на риск развития легочных у детей.

Цель исследования. Выявить и проанализировать предрасполагающие социальные и преморбидные факторы у детей с осложненными и неосложненными пневмониями, оценить их влияние на тяжесть течения заболевания.

Материалы и методы. Было обследовано 182 ребенка (4,1±0,72 года). Правосторонние пневмонии выявлены у 62%, левосторонние у 27%, двухстороннее поражение – 11% случаев. Диагноз «пневмония неосложненная -I группа» установлен у 102 (56,1%), диагноз «пневмония осложненная -II группа» установлен – у 80 (43,9%) детей. Структура осложнений: плеврит у 46%, деструкция легкого у 30% больных, пневмоторакс у 10%, пиоторакс у 14% больных.

Результаты исследования. В I группе больных, преобладали городские жители -92%. В группе детей с осложненными пневмониями основную массу обследованных составили сельские жители- 74%. Выявлено, что 88,5% детей с неосложненными пневмониями были из полных семей. В группе детей с осложненными пневмониями количество полных семей составила 51%. У больных II группы патология беременности (токсикоз, угрозы прерывания беременности, внутриутробные инфекции, анемии) встречалась в 80% случаев, а у больных I группы патология беременности выявлена 26%. Дети с неосложненными пневмониями находились грудном вскармливании в течении 6,8±1,15 мес. У детей II группы естественное вскармливание продолжалось 3,4±0,7 мес., что достоверно отличалось от длительности грудного вскармливания детей I группы. Аллергия и атопические заболевания у больных I группы выявлена в 17% случаев, а у II группы детей – в 55% случаев. Анемия диагностирована 15% и 37% детей (I и II группы) соответственно.

Заключение. Социальные и преморбидные факторы чаще выявлялись у детей с осложненными пневмониями и вероятно способствовали тяжелому течению пневмонии детей.

ОБОСНОВАННОСТЬ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПЕРОРАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕТЯЖЕЛЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Драчков А.А., Лобанов Ю.Ф.
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Введение. С целью повышения комплаентности к терапии у детей младшего школьного возраста и для снижения психотравмирующих факторов при нахождении на стационарном лечении проведен сравнительный анализ эффективности пероральной антибиотикотерапии у детей при лечении в стационаре нетяжелой внебольничной пневмонии в сравнении с парэнтеральной и ступенчатой АБТ.

Цель исследования – установление эффективности пероральной АБТ в сравнении с парэнтеральной у детей младшего школьного возраста при стационарном лечении нетяжелой внебольничной пневмонии.

Материалы и методы. В исследование включено 167 детей (7-11 лет), находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении КГБУЗ «Благовещенская ЦРБ» за 2017-1018 годы с диагнозом «внебольничная пневмония, нетяжелое течение, неосложненная». Разделены на группы 84 ребенка получали терапию препаратом «амоксициллин» в пероральной форме, дозой 50 мг/кг сутки, 83 ребенка получали терапию препаратом «ампициллин» парэнтерально дозой 50 мг/кг/сутки. Срок терапии в обоих группах составил 8,9±0,6 дней.

Результаты. Клиническое улучшение в виде нормализации температуры у детей, получавших перорально АБ происходило на 2,4±0,4 день (p=0,001), при парэнтеральной АБ на 2,3±0,5 день (p=0,001); кашель становился продуктивным у детей, получавших перорально АБ на 4,1±0,2 день (p=0,001), при парэнтеральной АБ на 4,2±0,15 день (p=0,001), аускультативно признаков пневмонии не отмечалось у детей, получавших перорально АБ происходило на 8,9±0,2 день (p=0,001), при парэнтеральной АБ на 9,1±0,3 день (p=0,001). Рентгенологически контроль не проводился (с учетом положительной динамики). Все дети взяты на диспансерный учет сроком на 1 год, каких-либо признаков отсутствия разрешения воспалительного процесса в обеих группах пациентов в течение года не отмечалось.

Заключение. Для детей младшего школьного возраста при лечении нетяжелой внебольничной пневмонии желательна терапия пероральной формой АБ, эфеективность ее не ниже парэнтеральной, психотравмрующий фактор инъекции отсутствует, что повышает качество жизни ребенка.

ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Жданова О.А., Батищева Г.А., Гриднев Н.С., Ряскин К.А.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Введение. Внедрение в базисную терапию бронхиальной астмы ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) привело к достижению контроля заболевания у большинства пациентов и уменьшило

потребность в системных глюкокортикостероидах (ГКС). Прием ГКС внутрь приводит к задержке роста и увеличению массы тела пациентов, данные по воздействию ИГКС на физическое развитие детей противоречивы.

Цель исследования – изучение показателей физического развития у детей с бронхиальной астмой, получавших ингаляционные глюкокортикостероиды.

Материалы и методы. Изучены длина, масса тела и индекс массы тела (ИМТ) 33 детей со среднетяжелой бронхиальной астмой, получающих лечение ИГКС. Мальчиков было 22 (66,7%), девочек – 11 (33,3%), возраст 3-17 лет, медиана (25; 75 перцентили) – 9,9 лет (6,5; 13,5 лет). Длительность терапии ИГКС составила 1-7 лет, использовались средние терапевтические дозы. Будесонид получали 22 ребенка (66,7%), флутиказон – 9 пациентов (27,3%), беклометазон – 2 пациента (6,0%). Физическое развитие оценивалось путем расчета Z-score с использованием стандартов физического развития ВОЗ (WHO AnthroPlus).

Результаты. Все пациенты имели значения Z-score длины тела от -2 до +2 стандартных отклонений (СО, SDS). Средние значения (M±CO) Z-score длины тела мальчиков составили 0,60±0,77, девочек – 0,69±0,53, что выше средних показателей ВОЗ (p<0,05), представленных нулевым средним значением. Средние значения Z-score ИМТ мальчиков составили 0,2±1,6, девочек – 0,1±0,8 и не отличались от стандартных показателей ВОЗ (p>0,05). Детей с нормальными значениями ИМТ, свидетельствующими об отсутствии избытка или недостатка массы тела было 16 человек (48,5%), с недостатком массы (менее -1 SDS ИМТ) – 9 пациентов (27,3%), с избытком массы тела и ожирением (более +1 SDS ИМТ) – 8 детей (24,2%).

Заключение. Средние значения длины тела пациентов с бронхиальной астмой, получающих ИГКС, были выше стандартных показателей ВОЗ, а показатели ИМТ не отличались от них.

Полученные данные могут свидетельствовать об отсутствии неблагоприятного влияния приема средних доз ИГКС на физическое развитие пациентов.

ФАКТОРЫ МЕСТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ И РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Журавлева Л.Н.
Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Витебск, Республика Беларусь

Введение. Актуальность изучения пневмоний и респираторного дистресс-синдрома (РДС) обуславливается ростом тяжести и исхода заболевания у новорожденных. Нейтрофильные лейкоциты являются одной из первых линий защиты детского организма от вторгающихся микроорганизмов. Практически любое воздействие на организм приводит к мобилизации и перераспределению популяций лейкоцитов.

Целью исследования явилось определение особенностей местного иммунитета дыхательных путей у новорожденных с РДС и пневмонией и определить критерии риска развития пневмонии при РДС.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 32 новорожденных с дыхательными расстройствами (15 детей с врожденной пневмонией и 17 детей с респираторным дистресс-синдромом), группу сравнения составили 20 «условно здоровых» новорожденных без патологии респираторного тракта. Объектом иммунологического исследования была сыворотка (у всех детей) и трахеобронхиальный аспират (ТА) новорожденных детей (РДС и пневмония).

Результаты. Сравнительный анализ полученных данных в ТА выявил наличие различий по активности нейтрофилов в НСТ-тесте, которая была снижена у детей с врожденной пневмонией по сравнению с РДС (31,5 [25,4-35,7] против 47,4 [38,7-54,3]), что свидетельствует о слабой способности нейтрофилов продуцировать активные формы кислорода и выполнять киллерную функцию в отношении возбудителей. Отмечаются очень высокие показатели миелопероксидазы в ТА по сравнению с показателями сыворотки (в 2 раза выше (496 [375,4-607,6] при РДС и 605 [472,6-747,1] при пневмонии, чем в сыворотке крови. Причем у детей с врожденной пневмонией показатели миелопероксидазы были достоверно повышены по сравнению с группой детей с РДС (p<0,05). Повышенный уровень миелопероксидазы в ТА находился в прямой корреляции с длительностью вентиляции (r=0,55, p<0,05).

Заключение. У новорожденных с пневмониями отмечалось снижение уровня фагоцитоза по сравнению с пациентами с РДС. При определении кислородзависимой метаболической функции фагоцитов отмечалось изменение количества НСТ-позитивных клеток в спонтанных условиях. При этом наблюдаемое повышение миелопероксидазы указывает на значительное нарушение в системе иммунитета при воспалительных изменениях трахеобронхиального дерева.

СИСТЕМА ЦИТОКИНОВ ПРИ НЕОНАТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЯХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Журавлева Л.Н., Новикова В.И.
Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Республика Беларусь

Введение. Пневмонии у новорожденных являются актуальной проблемой педиатрии в связи со

значительной заболеваемостью и высокой инвалидизацией. В настоящее время не подлежит сомнению, что иммунная система играет ведущую роль в патогенезе, клиническом течении и исходе заболеваний дыхательной системы у новорожденных.

Целью нашего исследования было определение уровня и роли ФНО-α, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 у недоношенных новорожденных с пневмониями.

Материал и методы. Был изучен цитокиновый профиль в сыворотке крови и трахеальном аспирате (ТА) у 20 здоровых новорожденных и 38 детей с неонатальными пневмониями (18 детей с врожденной пневмонией и 20 детей с респираторным дистресс-синдромом, осложненным пневмонией).

Результаты. У новорожденных отмечался дисбаланс между пулами цитокинов в периферической крови и ТА. Содержание ИЛ-4 в сыворотке крови пациентов с благоприятным течением неонатальной пневмонии в десятки раз превышало его уровень в контрольной группе в дебюте неонатальной пневмонии (107,4±9,4 против 6,9±7,4 соответственно) (p<0,001). К шестым – седьмым суткам жизни содержание ИЛ-4 в сыворотке крови пациентов с благоприятным и неблагоприятным течением сохранялось достоверно более высоким (82,7±12,7 и 47,5±6,7 соответственно) по сравнению с контрольной группой (p<0,001). Увеличение уровня ИЛ-4 в динамике в трахеобронхиальном секрете (34,9±8,7 – на 6-7 сутки заболевания против 18,5±4,7) соответствовало благоприятной прогностической динамике воспалительного процесса. Нарастание ФНОα (48,4±9,3 в дебюте заболевания и 89,6±13,7 на 6-7 сутки заболевания) в ходе болезни и исходно высокое содержание ИЛ-8 (3108,6±315,4) в содержимом трахеобронхиального дерева указывало на неблагоприятное течение и исход заболевания.

Заключение. Исходно повышенное содержание ИЛ-4 в сыворотке крови и нарастание его в динамике в содержимом трахеобронхиального дерева коррелирует с благоприятной прогностической динамикой инфекционного процесса. Нарастание TNFα в содержимом трахеобронхиального дерева в ходе болезни и исходно высокое содержание ИЛ-8 в ТА указывает на неблагоприятное течение и исход заболевания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Зайцева М.Л., Узунова А.Н.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Синдром трахеобронхиальной обструкции (СТБО), независимо от механизма возникновения, имеет достаточно однотипные клинические и функциональные проявления.

Цель исследования: выявить диагностическую ценность определения белков острой фазы воспаления (БОФ) для проведения дифференциального диагноза острого обструктивного бронхита (ООБ) с другими заболеваниями, протекающими с СТБО.

Материалы и методы. Проведен анализ и обобщение результатов собственных наблюдений 90 детей в возрасте от 3-х мес. до 3-х лет с ООБ в динамике заболевания. 51,1% составили пациенты 1-го года жизни. Для сравнения использованы результаты обследования 20 детей сопоставимого возраста с диагнозом бронхиальная астма (БА) и 10 детей с внебольничной пневмонией (ПН), сопровождавшейся СТБО. В качестве контрольных показателей использовали результаты обследования 32 условно здоровых детей. Всем наблюдаемым проводили количественное определение БОФ – гаптоглобина (ГГ), кислого гликопротеина (КГП), альфа-1-ингибитора протеиназ (а1-ИП) в сыворотке крови нефелометрическим методом.

Результаты. При ООБ отмечено увеличение уровней БОФ с однонаправленным нарастанием их концентрации в периоде разгара заболевания (p<0,05). Аналогичные изменения выявлены у пациентов с БА и ПН с СТБО, что отражает участие данной эффекторной системы в развитии воспаления. Выявлено отсутствие нормализации уровней БОФ в периоде клинического выздоровления при ООБ (p<0,05), как свидетельство незавершенности воспалительного процесса в бронхах. Период реконвалесценции при БА характеризовался нарастанием уровня а1-ИП, в отличие от ООБ и ПН с СТБО, что может рассматриваться как компенсаторная реакция эффекторной системы на избыток протеиназ в очаге воспаления, способном вызвать дополнительное повреждение тканей при наличии стойкой бронхиальной гиперреактивности. а1-ИП выполняет защитную роль, являясь сывороточным ингибитором активности нейтрофильной эластазы, ответственной за обструктивные поражения бронхов в комплексе с общепринятыми.

Заключение. Изменение показателей БОФ в сыворотке крови более выражены в периоде разгара заболевания при ПН, чем при ООБ. Период реконвалесценции характеризуется снижением показателей, тогда как при БА , напротив, уровень а1-ИП нарастает.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ЭТИОЛОГИИИ ПО МАТЕРИАЛАМ МБУЗ ДГКБ №7 Г. ЧЕЛЯБИНСКА

Зайцева М.Л., Шурховецкая А.А., Гребенщикова В.А., Савченко Е.Е.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Современная клинико-эпидемиологическая обстановка характеризуется увеличением этиологической значимости атипичных пневмоний (ВП), в том числе Mycoplasma pneumoniae.

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные характеристики ВП микоплазменной этиологии у пациентов, пролеченных в МБУЗ ДГКБ №7 г. Челябинска в 2018 г.

Материалы и методы. Проведен анализ 40 историй болезни детей с ВП, возбудитель которых верифицирован методом ИФА при наличии специфических антител (IgM) в сыворотке крови к M. pneumoniae. Девочек оказалось 25 человек (62,5%) и 15 человек – мальчиков (37,5%). ВП регистрировалась у детей преимущественно в возрасте 7 – 11 лет (57,5%) и в 22,5% случаев – у подростков 12-18 лет. У 87,5% больных микоплазмоз отмечен в осенний сезон года.

Результаты. Сроки госпитализации с момента заболевания составили 7,62 ± 1,07 дня. 97,5% пациентов имели при этом среднюю тяжесть состояния. Фебрильная температура отмечена в 62,5% случаев. У 85,5% детей заболевание начиналось с сухого приступообразного кашля, продолжительность его в целом составила 14,23 ± 1,12 дня. Умеренную одышку имели 37,5% заболевших. Укорочение перкуторного звука над зоной поражения отмечено в 62,5% случаев, влажные и сухие хрипы выслушивались у всех пациентов на протяжении 7–8 дней. Рентгенологическое исследование в 100% случаев выявило односторонний характер поражения легочной ткани, 57,5% человек имели локализацию инфильтративной тени слева. В половине случаев выявлялись очаги негомогенной инфильтрации. При сегментарном характере поражения легочной ткани в 32,5% случаев изменения коснулись 8 – 10 сегментов. Выявленное усиление сосудистого рисунка на рентгенограммах легких при поступлении сохранялось в течение 2–3 недель. Анализ гемограммы выявил умеренный лейкоцитоз и повышение СОЭ. СРБ был повышен у 12,5% пациентов. Длительность госпитализации составила 17±1,02 дней.

Заключение. Клиническими особенностями микоплазменной пневмонии явились постепенно прогрессирующие изменения со стороны легких при относительно слабых симптомах интоксикации и отсутствие выраженных сдвигов в гемограмме больных. Для диагностики микоплазменной инфекции требуется обязательное лабораторное подтверждение.

ИЗМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Изюрова Н.В
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. В настоящее время большое внимание при формировании внебольничной пневмонии (ВП) придается факторам врожденного и адаптивного иммунитета, в частности, измененияям гуморального звена иммунитета.

Цель исследования – определить изменения гуморального звена у детей с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы. В исследование было включено 92 ребенка в возрасте от 12 месяцев до 18 лет с внебольничной пневмонией, контрольную группу составили 30 детей без признаков острого заболевания. Всем пациентам было проведено иммунологическое исследование, включающее определение показателей гуморального звена иммунитета: Ig A, Ig M, Ig G, ЦИК, показатели C3 и C5 системы комплемента (тест – система «ИФА-Бест» производства ЗАО «Вектор-Бест», Италия).

Результаты. По результатам проведенных исследований было выявлено нарастание ЦИК у детей с внебольничной пневмонией 83,21±57,6 у.е по сравнению с пациентами контрольной группы 41,13±15,8 у.е ($p < 0,01$). Отмечалось статистически достоверное увеличение Ig G у детей с ВП во всех возрастных группах, наиболее выраженное увеличение имело место в возрасте с 12 месяцев до 6 лет ($p < 0,01$). При этом в этой же возрастной группе регистрировалось снижение секреторного Ig A по сравнению с таковыми в группе контроля ($p < 0,01$). Содержание C3, C5 компонентов комплементарного каскада в сыворотке крови у детей с ВП было разнонаправленным. Наибольшее увеличение показателей комплемента регистрировалось при тяжелой ВП ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, при внебольничной пневмонии у детей имеет место активация факторов гуморального иммунитета, проявляющееся увеличением содержания в сыворотке крови ЦИК, Ig G, снижением содержания секреторного Ig A при нарастании C3, C5 компонентов комплемента при тяжелом течении заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Кайб И.Д., Петрушина А.Д., Орлова И.С., Самсонов Н.С., Павлова О.В.
ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России, Тюмень

Введение. У детей старше 5 лет и подростков возрастает роль «атипичных» возбудителей – M.pneumoniae и C.pneumoniae. Симптоматика пневмонии, вызванная M. pneumoniae, имеет особенности: мало выраженная интоксикация, длительная фебрильная температура, катаральный «сухой конъюнктивит», и др.

Цель исследования: Выявить особенности лабораторной диагностики микоплазменной пневмонии у детей.

Материалы и методы. Были проанализированы стационарные медицинские карты 45 детей в возрасте

от 5 до 17 лет, проходивших лечение в стационарах г.Тюмени и Тюменской области за осенне-зимний период 2018-2019гг. Все дети посещали детские организованные коллективы. Двое детей были дошкольного возраста; 10 пациентов – младшего школьного возраста и 33 ребенка – старшего школьного возраста. Среди них – 25 (55,5%) мальчиков и 20 (44,4%) девочек. Диагноз пневмония был выставлен согласно достоверным клиническим критериям, опубликованным в клинических рекомендациях «Внебольничная пневмония у детей», 2015г.

Результаты. При исследовании показателей периферической крови у детей были получены следующие результаты: 28 (62,2±2,3%) детей – без диагностически значимых изменений, у 3-х (6,6±1,8%) – лейкоцитоз нейтрофильного, у 14 (31,1±2,1%) детей – лимфоцитарного характера.

При анализе уровня С-реактивного белка были выявлены следующие результаты: у 10 (22,2±2,0%) детей – уровень СРБ был в пределах нормы; у 12 (26,6±2,1%) детей – уровень СРБ находился в интервале от 0,5 до 7 нг/мл; у 5 (11,1±1,9%) детей – в интервале с 7 до 15 нг/мл; у 5 (11,1±1,9%) детей – в пределах 15-17 нг/мл (p<0,005).

У всех детей (100%) методом ПЦР подтвердилась микоплазменная этиология. Назначение в 100% макролидных антибиотиков с положительной динамикой на 3-4 сутки позволяет косвенно подтвердить микоплазменную этиологию.

Выводы: К особенностям лабораторной диагностики микоплазменной инфекции можно отнести отсутствие выраженных изменений в общем анализе крови, в отличие от пневмококковой, а также незначительное повышение уровня СРБ, и положительный эффект при назначении макролидных антибиотиков на 3-4 сутки.

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ИММУНО-ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Каладзе Н.Н., Бабак М.Л., Езерницкая А.И.
Медицинская академия имени С.И.Георгиевского, Симферополь

Реабилитация пациентов с бронхиальной астмой (БА) является одной из наиболее важных проблем пульмонологии. С одной стороны необходимо продлить ремиссию или контроль заболевания и улучшить качества жизни пациентов, а с другой – уменьшить лекарственную нагрузку на организм больного ребенка.

Целью исследования явилось – оценить корригирующее влияние санаторно-курортного лечения (СКЛ) на иммунный и гормональный статусы пациентов с БА. Всем пациентам кроме общего клинического и функционального обследования проводилось изучение методом ИФА уровней CD3+, CD4+, CD8+, CD22+, CD25+, CD95+, IgA, IgE, кортизола и АКТГ в сыворотке крови на 4-й и 21 день пребывания на курорте.

По окончании стандартного курса СКЛ у пациентов с БА отмечалось повышение относительного количества CD3+ лимфоцитов на 3,79% (p<0,05). В основной группе достоверно (p<0,05) возросла величина относительного количества (на 4,89%; p<0,001) CD8+ клеток. В результате повышения CD8+ лимфоцитов изменилось и значение ИРИ соответственно на 0,07единиц. Под влиянием лечения также был зарегистрирован рост (p<0,05) относительного количества CD16+ клеток на 2,3% на фоне снижения числа CD4+ – на 2,67% (p<0,05), CD22+ лимфоцитов на 1,87% (p>0,05) и CD25+ клеток – на 3,7% (p<0,001). Средняя величина относительного количества CD95+ лимфоцитов под влиянием СКЛ достоверно (p<0,05) снижалась на 5,9%. Кроме того СКЛ способствовало увеличению сывороточного IgA на 23% (p<0,05) от исходного уровня и снижению величины IgE (p>0,05). Кроме того, под влиянием реабилитационных мероприятий на фоне неизменных средних значений АКТГ достоверно (p<0,05) снижался на 33,3% исходно высокий уровень кортизола в сыворотке крови больных детей. Корреляционный анализ между уровнем кортизола и АКТГ не подтвердил восстановление корреляционной связи после окончания реабилитационных мероприятий.

По результатам проведенного реабилитационного лечения можно сделать вывод о положительном влиянии СКЛ на имунно-гормональный статус пациентов с БА. Однако кратковременное пребывание на курорте не дает возможности полного восстановления нарушенных взаимосвязей во внутреннем гомеостазе организма больного ребенка.

НОЗОЛОГИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ С ХРОНИЧЕСКОЙ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Карханина В. А., Лавриненко А. А., Быков В.О., Водовозова Э.В., Леденева Л.Н.
ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь

Введение. Хронические и рецидивирующие заболевания бронхолегочной системы до 50% случаев сопровождаются развитием легочной гипертензии и до 90% являются причиной формирования хронического легочного сердца.

Цель исследования. Проанализировать частоту встречаемости легочной гипертензии у детей Ставро-

польского края с хронической и рецидивирующей бронхолегочной патологией.

Материалы и методы. Обследовано 958 стационарных больных пульмонологического отделения ГБУЗ СК «КДКБ» в возрасте от 1 месяца до 17 лет, страдающих хроническими и рецидивирующими заболеваниями бронхолегочной системы. Данные обработаны при помощи пакета прикладных программ – Microsoft Excel 2010, Eplinfo 5.0, Biostatistics 4.03, Statistica v 10.0.

Результаты. В пульмонологическом отделении ГБУЗ СК «КДКБ» из 958 стационарных больных, страдающих хроническими и рецидивирующими заболеваниями бронхолегочной системы было выявлено 56 (5,8%) детей с легочной гипертензией 1 степени. Гендерный состав: мальчики – 31(55,4%), девочки – 25(44,6%); в городе проживали – 12 (21,4%), в селе – 44 (78,6%). По возрасту, пациенты распределились следующим образом: от 0 до 12 мес. – 9 (16,1%), 1-3 года – 13 (23,2%), 4-6 лет – 13 (23,2%), 7-10 лет – 10 (17,9%), 11-14 лет – 5 (8,9%), 15-17 лет – 6 (10,7%). Нозологическая структура легочной гипертензии 1 степени, представлена: бронхиальной астмой 17 (30,4%), обструктивным бронхитом с рецидивирующим течением – 15 (26,8%), муковисцидозом – 9 (16,1%), врожденными пороками развития бронхолегочной системы – 6 (10,7%), рецидивирующим бронхитом – 5 (8,9%), вторичной бронхолегочной дисплазией – 2 (3,6%).

Заключение. У детей СК наиболее частой нозологической единицей, осложненной легочной гипертензии 1 степени при хронической бронхолегочной патологии, определились бронхиальная астма 30,4% и обструктивный бронхит с рецидивирующим течением 26,8%.

ПРОТЕОМНЫЙ АНАЛИЗ СЫВОРОТКИ КРОВИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Лебеденко А.А., Афонин А.А., Семерник О.Е., Гунько В.О., Логинова И.Г.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Введение. Белки в организме человека выполняют многочисленные функции, в том числе являются регуляторами процессов ремоделирования стенки бронхов, которые развиваются при бронхиальной астме (БА). Поэтому протеомные исследования позволят найти ключ к пониманию механизмов патогенеза бронхиальной астмы у детей.

Целью исследования явилось сравнение протеомного спектра сыворотки крови здоровых детей и детей, страдающих БА, перенесших в катамнезе ишемически-травматическую энцефалопатию.

Материалы и методы. В исследование были включены 17 детей (средний возраст 12,8±2,8 лет), составивших две группы: здоровые дети (n=8) и дети, страдающие бронхиальной астмой (n=9). Всем пациентам проведено комплексное обследование с использованием протеомного анализа сыворотки крови.

Белки обедненной пулированной сыворотки разделяли методом двумерного гель-электрофореза (1 направление: ИПГ-стрипы, pH 3-10, 17 см, 2 направление: 12,5% полиакриламидный гель). Белковые пятна после окрашивания серебром сопоставлялись и анализировались с помощью программного обеспечения PDQuest v.8.0 (Bio-Rad).

Результаты. Было обнаружено, что шесть белков в диапазоне молекулярных масс 10-40 кДа повышались при БА по сравнению с нормальным белковым спектром (p<0,05). Продукция девяти дифференциально-экспрессирующихся белков в диапазоне молекулярных масс 15-37 кДа подавлялась при БА (p<0,05). Эти белки будут идентифицированы с использованием матрично-активированной лазерной десорбции/ионизации времяпролетной масс-спектрометрии (МАЛДИ-МС), программы Mascot MS Search (Matrix Science, USA) и белковой базы данных Swiss-Prot и NCBI.

Заключение. Протеомный анализ сыворотки крови больных БА выявил несколько дифференцированно выраженных белков по сравнению со здоровыми детьми. Полученные данные протеомного анализа расширяют наши представления о молекулярных аспектах патогенеза БА, что обеспечит новые возможности для диагностики и терапии этого заболевания у детей.

ПОКАЗАТЕЛИ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Лебеденко А.А., Семерник О.Е., Козырева Т.Б., Касьян М.С., Тарасова Е.А.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Введение. Вегетативная нервная система (ВНС) играет значимую роль в патогенезе большинства хронических заболеваний, в том числе и бронхиальной астмы (БА). Изменение активности симпатического и парасимпатического отделов ВНС могут способствовать формированию бронхиальной обструкции в периоде обострения заболевания. Поэтому особого внимание заслуживает изучение особенностей вегетативного реагирования у детей с БА в приступном периоде.

Целью исследования явилось изучение показателей вегетативного гомеостаза у детей в периоде обострения бронхиальной астмы.

Материалы и методы. В соответствии с целью исследования было обследовано 82 ребенка в возрасте от 6 до 18 лет в периоде обострения БА. Всем пациентам проведена кардиоинтервалография (КИГ) с последующим спектральным анализом вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Результаты. Спектральный анализ КИГ показал, что у детей с БА отмечаются дизрегуляторные изменения пейсмекерной активности синоатриального узла. У 72 (87,80%) пациентов, испытывающих приступ удушья, в спектрограмме преобладали недыхательные (медленные) волны, отражающие степень активности гуморального и нервного каналов центральной регуляции сердечного ритма. Причем более чем у половины обследованных больных (58,53%) отмечались преимущественные колебания ВСР в диапазоне очень низкочастотного компонента (VLF%), что характеризует гиперадаптивную реакцию детского организма на бронхообструкцию. Мощность волн низкой частоты, зависимых от активности вазомоторного центра, у 35 (42,68%) детей была менее 754 мс2, а у 36 (43,90%) пациентов показатели мощности медленных волн II порядка превышали 1200 мс2, что свидетельствует о повышенной активности гуморального звена и напряженности регуляторных механизмов. Причем отмечена тенденция к возрастанию процентного содержания медленных волн I и II порядка при увеличении степени тяжести приступа БА.

Заключение. У детей с БА в периоде обострения заболевания отмечается дисбаланс ВНС с активацией нейрогуморального и симпатического отделов регуляции тонуса бронхов. Полученные результаты спектрального анализа указывают на раннее вовлечение сердца в патологический процесс у больных БА и диктуют необходимость проведения дополнительного обследования пациентов.

МЕТЕОПАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

Лян Н.А.[1,2], Хан М.А.[1,2], Уянаева А.И.[1], Микитченко Н.А.[1]
[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
[2]ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва

В последние годы сложилась устойчивая тенденция к повышению частоты и экстремальности негативно влияющих на человека погодно-климатических факторов, что приводит к росту заболеваемости, погодообусловленных обострений. Симптомокомплекс метеотропнных реакций у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких связан с нарушениями в системах транспорта кислорода, антиоксидантов, протеолиза. Частота повышенной метеочувствительности у детей с бронхиальной астмой по различным данным составляет до 80%. По современным представлениям, неблагоприятные погодные условия могут вызывать физиологические компенсаторные реакции организма, сохраняющие гомеостаз, либо развитие метеопатических реакций, которые у детей с бронхиальной астмой (БА) могут протекать с усилением симптомов заболевания и вентиляционными нарушениями, а также снижать эффективность лечебных мероприятий. Изучение у детей с БА компенсаторно-приспособительных процессов организма в целом и бронхолегочной системы в частности, развивающихся под влиянием погодно-метеорологических факторов, могут обосновать комплексную программу профилактики, реабилитации и коррекции с использованием природных лечебных факторов.

Важное место среди природных лечебных факторов принадлежит биоклиматическим ресурсам, которые присутствуют на каждом курорте. Включение методов климатотерапии в лечебно-профилактические и реабилитационные программы оказывают положительное влияние на психоэмоциональное состояние, способствуют повышению резервных возможностей и неспецифической резистентности организма. При определенных условиях организм перестает отвечать адекватной реакцией на раздражения, что связано с процессом торможения и может возникнуть ответная отрицательная реакция, что еще раз подтверждает необходимость соблюдения принципов дозирования климатопроцедур с учетом климатических особенностей и биоклиматического потенциала санаторно-курортной организации.

Метеозависимость у детей больных БА, прибывающих на лечение в санаторий «Вулан» (с. Архипо-Осиповка) определялась по анкетам, которые дали возможность провести субъективную оценку метеопринадлежности детей и проанализировать общее количество погодообусловленных ухудшений состояния в течение всего периода пребывания на лечении, определить наиболее биотропные погодные условия. Климатопроцедуры (солнечные и воздушные ванны), назначаемые в адекватных дозировках с учетом термического режима, являются одним из возможных подходов к профилактике и коррекции погодообусловленных обострений, имеют патогенетическую направленность и способствуют повышению адаптационных возможностей организма и его устойчивости к неблагоприятным воздействиям внешней среды, уменьшению метеопатических реакций, изменению структуры и тяжести их проявления.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Лян Н.А.[1,2], Хан М.А.[1,2], Филатова Т.А.[3], Калиновская И.И.[4]
[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
[2]ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва
[3]ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
[4]ГБУЗ «Детский бронхолегочный санаторий №15 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

Задачами медицинской реабилитации детей, страдающих бронхиальной астмой (БА), являются улучшение бронхиальной проходимости, увеличение экскурсии грудной клетки, повышение общей физической работоспособности и толерантности к физической нагрузке. Активное включение в индивидуальную программу медицинской реабилитации немедикаментозных технологий позволяет снизить лекарственную нагрузку на организм ребенка, способствует уменьшению частоты приступов, удлинению ремиссии заболевания, хорошо переносится детьми и сочетается с базисной терапией. На первом этапе медицинской реабилитации детей с БА широко используется аэрозольтерапия, аэроионотерапия, низкоэнергетическое лазерное излучение, массаж, дыхательная гимнастика. В период стихающего обострения особое внимание уделяется импульсным воздействиям, позволяющим оказывать активное влияние на состояние нервной рецепции, тонус дыхательных мышц и гладкой мускулатуры бронхов, фармакофизиотерапевтическим методам воздействия, ультразвуковой терапии, светотерапии, противовоспалительным методам, импульсному низкочастотному электростатическому полю. Выраженное влияние на муколитическую активность оказывают спелеотерапия, галотерапия. С целью улучшения переносимости физических нагрузок, нормализации психоэмоционального состояния используются различные методы тренировки дыхания: звуковая гимнастика, абдоминального дыхания, применение индивидуальных дыхательных тренажеров, метода биологической обратной связи и др., способствующих повышению устойчивости к гипоксическим и гиперкапническим воздействиям, дренированию, улучшению вентиляции и бронхиальной проходимости. Одними из ведущих технологий медицинской реабилитации детей с БА являются лечебная физкультура, кинезо- и гидрокинезотерапия, которые способствуют снятию патологических кортиковисцеральных рефлексов, восстановлению нормального стереотипа регуляции органов дыхания, обучению больных управлению своим дыханием, увеличению адаптации организма к возрастающим нагрузкам. Массаж грудной клетки уменьшает бронхоспазм, способствует отхождению мокроты, увеличивает силу и выносливость дыхательных мышц. Терапия минеральными водами в виде ингаляций, питьевого лечения и бальнеопроцедур занимает достойное место в комплексной реабилитации детей с БА за счет содержащихся в их составе растворенных солей, микроэлементов и некоторых биологически активных компонентов. Различные виды климатического воздействия способствуют выраженной перестройке реактивности детского организма, продлению ремиссии заболевания.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ляпунова Е.В., Пономарева О.В., Докучаева С.Ю.
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров

Введение. Оценка физического развития (ФР) является важным для здорового ребенка, а особенно, имеющего хроническое заболевание.

Цель исследования – изучить особенности ФР детей больных бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы. Обследовано 50 детей (28 мальчиков и 22 девочки) с наличием БА (основная группа) и 60 детей (33 мальчика и 27 девочек), имевших 1 и 2-ю группу здоровья (контрольная группа). Все дети были разделены на три возрастные группы: 4-6 лет, 7-10 и 11-15 лет. Антропометрия проводилась по стандартной методике.

Результаты. У детей основной группы масса тела достоверно выше в возрасте 11-15 лет по сравнению с контрольной группой. Сравнительный анализ роста детей с БА показал, что длина тела мальчиков 7-10 и 11 -15 лет достоверно ниже, чем у здоровых детей. Такие же данные у девочек в этих же возрастных группах. У дошкольников при сравнении всех параметров ФР достоверных различий не выявлено. Большая часть детей обеих групп имели среднее гармоничное ФР (84,2%). По мере увеличения возраста снижается доля детей с нормальным ФР. Дисгармоничное ФР наблюдалось у детей 7-10 и 11-15 лет (37,9% и 44,3% соответственно). Избыток массы тела диагностирован среди больных вдвое чаще, а максимальная его частота была отмечена у детей 11-15 лет. В контрольной группе структура нарушений ФР была однородной в различных возрастных подгруппах.В группе 4-6 лет более высокий индекс массы тела (ИМТ) отмечен у девочек с БА. В группе 7-10 лет лидируют мальчики с БА. В основной группе 11-15 лет ИМТ более высокий по сравнению с контрольной группой. Индекс Чулицкой у обследованных детей не зависит от пола, а в старшем возрасте он отстает только у девочек. Индекс Эрисмана показывает возрастные изменения в сторону увеличения.

Заключение. По мере увеличения возраста, снижается доля детей с нормальным ФР, увеличивается число пациентов с избыточной массой тела и низким ростом. ФР может оцениваться с помощью индексов, которые позволяют обнаружить изменения в показателях антропометрии детей.

ОШИБКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ УСТРОЙСТВ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Минина Е.Е., Медведева Л.В., Гугля М.А., Жаков Я.И.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Основным способом введения лекарственных средств для базисной и неотложной терапии бронхиальной астмы (БА) является ингаляционный, а эффективность терапии зависит от правильной техники выполнения процедуры.

Цель исследования: выявить ошибки при использовании дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) и/или небулайзера у детей с БА.

Материалы и методы. В исследование включено 55 детей с бронхиальной астмой в возрасте от 5 до 18 лет. На всех детей была заполнена персональная анкета, включающая подробные вопросы по использованию средств доставки лекарственных препаратов для терапии БА (беседа с ребенком и родителями). Дети демонстрировали технику проведения ингаляции (плацебо, муляжи).

Результаты. Только 28,9 % детей, использовавших ДАИ, при его назначении была объяснена и продемонстрирована врачом техника ингаляции, 55,3% никогда не выполняли данную процедуру под контролем врача. Никто из детей не продемонстрировал полностью правильной техники ингаляции, допуская от 1 до 7 ошибок, при этом средний стаж заболевания на момент исследования составлял 5 лет, а срок использования ДАИ – 4 года. Неправильное положение головы во время ингаляции отмечено у 72,3%, 10,5% забывают встряхнуть ингалятор, 26,3% забывают сделать предварительно глубокий вдох и выдох, 21,1% не синхронизируют вдох с нажатием на баллончик, 39,5% не задерживают дыхание после вдоха. Выполнение ингаляции через небулайзер технически гораздо проще, поскольку не требует синхронизации вдоха с поступлением лекарственного средства, но, в свою очередь, небулайзер требует определенного ухода. Дезинфекция проводилась в 87,3%, из них 44% родителей считали дезинфекцией промывание проточной водой. 70% родителей при нашем опросе впервые узнали о существовании фильтров в небулайзере и необходимости его регулярной замены. Также выяснилось, что при использовании в качестве препаратов базисной терапии ингаляционных глюкокортикостероидов большинство пациентов (55,3%) после ингаляции не проводят полоскание ротовой полости, не промывают глаза и лицо водой (в случае использования маски).

Заключение. Большинство детей с БА допускают ошибки при использовании средств доставки лекарственных препаратов, что диктует необходимость проведения обучающих занятий как с детьми, так и их родителями.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Оганесян И.С., Водовозова Э.В., Леденева Л.Н.
ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь

Введение. Внебольничная пневмония (ВП) является актуальной проблемой для педиатрической практики. В последние годы отмечается рост заболеваемости ВП у детей, относительно высокая смертность По типам различают типичную и атипичную ВП в зависимости от этиологии. (Внебольничная пневмония у детей. – Клин. рек. – М.- 2015 с. 64).

Цель исследования. Изучить особенности течения атипичная пневмоний у детей Ставропольского края при стационарном лечении.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 97 больных с ВП атипичной этиологии, получавших стационарное лечение в пульмонологическом отделении ГБУЗ СК «КДКБ» г. Ставрополя с 2013 по 2017 г. г. Мальчиков было 43 (44,3%), девочек 54 (55,7%), 24 (24,7%) проживали в городе и 73 (75,3%) – в селе. У всех больных отмечались особенности в клинике, в лабораторном (общий анализ крови, посев мокроты и лаважной жидкости на патогенную флору, мазки из зева и носа на патогенную флору) и инструментальном обследовании.

Результаты. В клинической картине АП у детей исследуемой группы на первом месте был респираторный синдром (назофарингит – 65 (67,0%), ларингит 38 (39,2%), трахеобронхит у 50 (51,5%)), субфебрильная температура у 72 (74,2%), кашель с трудно отделяемой мокротой отмечался у 77 (79,4%), экспираторная одышка у 27 (27,8%), что не полностью соответствует клинической характеристики атипичной пневмонии, данной ВОЗ (ВОЗ, 2009).

Основными возбудителями АП у детей СК являлись Mycoplasma pneumonia 54 (55,7%) и Chlamidia pneumonia 33 (34,0%).

Рентгеноморфологическая картина характеризовалась усилением легочного рисунка, повышенной воздушностью легочной ткани, негомогенной инфильтрацией без четки границ у 97 (100%) детей.

Заключение. У детей СК, госпитализированных в пульмонологическое отделение ГБУЗ СК «КДКБ»,

в клинической картине преобладали респираторный и бронхообструктивный синдромы, в этиологии которых преимущественно верифицированы Mycoplasma pneumonia и Chlamidia pneumonia. При рентгенологической диагностике у 97 9100%) больных выявлена негомогенная инфильтрация без четки границ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЛИЗ-АКТИВНОГО ПРЕПАРАТА АФФИННО ОЧИЩЕННЫХ АНТИТЕЛ К МОЗГОСПЕЦИФИЧЕСКОМУ БЕЛКУ S100 В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ НА ФОНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦНС

Павленко В.А., Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.М.
Ярославский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Ярославль
НИКИ педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им.Н.И.Пирогова Минздрава РФ, Москва

Важное значение в патогенезе бронхиальной обструкции принадлежит нейрогенным механизмам, которые участвуют в развитии неспецифической гиперреактивности бронхов. Перинатальные поражения центральной нервной системы (ППЦНС) являются неблагоприятным фоном для раннего развития острого обструктивного бронхита (ООБ) и бронхиальной астмы (БА) у детей.

Цель исследования: определить клиническую эффективность включения в комплексную реабилитацию препарата тенотен, содержащего аффинно очищенные антитела к мозгоспецифическому белку S100 (S100), у детей раннего возраста, перенесших ООБ на фоне ППЦНС гипоксического генеза легкой степени тяжести. Обследовано 52 ребенка в возрасте 2-36 месяцев, перенесших эпизоды ООБ. Пациенты методом «копи-пара» (попарного отбора) были распределены на две сходные по клинике и возрасту группы: 1 группа – 26 детей, получавших базисную реабилитацию (по показаниям гипоаллергенные быт и диета, массаж, общий оздоровительный комплекс лечебной физкультуры); 2 группа – 26 детей, наряду с базисным оздоровлением получавших S-100 (по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 месяца). Наряду с общеклиническими методами обследования проводилась компьютерная бронхофонография («ПАТТЕРН-01», МЭИ, Россия), оценка вариабельности сердечного ритма («Кардиовизор-6С», ООО «Медицинские Компьютерные Системы», Россия). Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием пакета компьютерных программ Statistica v.7.0, Med Calc 12.5.0.0.

Результаты. Выявлено, что дополнительное включение S100 в комплекс оздоровления этих пациентов положительно влияет на вегетативный дисбаланс, вегетативный компонент бронхообструкции. В то же время применение коротким курсом (1 месяц) препарата S100 не предупреждало возникновения повторных эпизодов ООБ.

Таким образом, возможно, пациенты с повторными эпизодами ООБ в совокупности с выраженными функциональными нарушениями вегетативного статуса требуют более длительных курсов профилактической терапии, направленной на нормализацию деятельности автономного отдела ЦНС, что может оказаться более результативным.

ОЦЕНКА УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ АСТ-ТЕСТА

Пономарева О.В., Ляпунова Е.В., Чагаева Н.В.
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров

Введение. Целью лечения бронхиальной астмы (БА) является достижение и поддержание контроля над клиническими симптомами заболевания.

Цель исследования – установить эффективность применения АСТ-теста у детей старше 12 лет для оценки контроля и мониторинга текущей базисной терапии БА.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 80 пациентов 13-16 лет с БА. В зависимости от степени тяжести заболевания дети были разделены на 3 группы: первая – с легким персистирующим (n – 30); вторая – со среднетяжелым персистирующим (n – 28); третья – с тяжелым персистирующим течением БА (n – 22). Базисная терапия БА проводилась в соответствии с принципами ступенчатой терапии заболевания. Оценка уровня контроля БА и эффективности терапии выполнялась трехкратно (при первом визите к врачу, при втором – через 3 мес и при третьем – через 6 мес) с помощью АСТ-теста (для детей старше 12 лет).

Результаты. У детей всех групп средние баллы ответов на вопросы при первом и последующем визитах имели тенденцию к увеличению. Уже при втором визите к врачу отмечалось достоверное снижение частоты возникновения дневных и ночных симптомов БА, уменьшение потребности в β_2-агонистах короткого действия. При втором посещении врача 79% пациентов 1 группы достигли частичного и 21% – полного контроля над заболеванием; через полгода полный контроль над БА был достигнут у 95%, а частичный сохранялся лишь у 5% пациентов. У детей из 2 группы при втором визите к врачу полного контроля над БА достигли 10%, частичного – 85% больных; через полгода полный контроль над заболеванием был установлен у 88%, а частичный – у 12% пациентов. У 67% больных из 3 группы БА оставалась неконтролируемой, через полгода наблюдения и коррекции лечения лишь у 5%

пациентов из этой группы удалось добиться полного контроля над заболеванием.

Заключение. Таким образом, постоянное наблюдение за детьми с БА в возрасте старше 12 лет, посредством регулярного заполнения ими вопросника АСТ, является удобным и эффективным инструментом контроля над этим заболеванием.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Приходько О.Б., Зенкина А.С., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Красовская О.О.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск

Введение. Хронический бронхит (ХБ) является одним из распространенных заболеваний органов дыхания, в том числе, среди пациенток репродуктивного возраста.

Цель исследования: изучение особенностей течения ХБ во время беременности, его влияния на развитие гестационных осложнений и состояние плода и новорожденного.

Материалы и методы. Проанализированы клинико-функциональные особенности течения, исходы беременности, родов и состояние новорожденных у 69 больных хроническим необструктивным бронхитом (ХБ), при этом I группу составили 38 беременных с хронической никотиновой интоксикацией, II группу – 31 некурящих беременных.

Результаты. Из 69 детей, рожденных от матерей с ХБ, удовлетворительное состояние было у 57 (82,6%), при этом в I группе – у 29 (76,3%), во II – у 26 (83,9%), средней степени тяжести – у 10 (14,5%): в I группе – у 8 (21%), во II – у 4 (12,9%), тяжелое – у 2 (2,9%): в I группе – 1, во II – 1. Средняя масса тела новорожденных в I группе составила 2951 г, во II – 3360 г. В структуре выявленных заболеваний новорожденных от матерей с ХБ отмечены: церебральная ишемия – у 61,7%, при этом в I группе – у 66%, во II – у 34%, внутриутробное инфицирование (ВУИ) – у 50%: в I группе – у 73%, во II – у 27%, нарушение периода адаптации – у 64,7%, при этом в I группе –86%, во II – 14%, задержка внутриутробного развития плода – у 19,1%: в I группе – у 76%, во II – у 24%, синдром дыхательных расстройств – у 4,4%: в I группе – у 66%, во II – у 34%. Среди пациенток I группы в 4,5 раз чаще, чем во II группе, отмечены обострения ХБ во время беременности, в 1,5 раза чаще – осложненное течение беременности и родов: в 1,5 раза чаще – ранний токсикоз, в 1,4 раза – хроническая внутриутробная гипоксия плода, в 5,7 раз – гестоз, в 2,4 раза – преждевременные роды. В структуре заболеваний новорожденных от пациенток I группы в сравнении со II группой, чаще отмечены: церебральная ишемия – в 1,9 раза, синдром дыхательных расстройств – в 1,9 раза, ВУИ – в 2,7 раза, задержка внутриутробного развития – в 3,2 раза,

Заключение. Выявленная взаимосвязь хронической никотиновой интоксикации с частотой обострения хронического бронхолегочного процесса во время беременности, развитием гестационных осложнений, и заболеваниями новорожденного диктует необходимость рассматривания отказа от курения как важного лечебного мероприятия, способствующего как клиническому улучшению течения хронического бронхита, так и снижению частоты гестационных и перинатальных осложнений.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Семерник О.Е., Лебеденко А.А., Семерник И.В., Демьяненко А.В.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Введение. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки по-прежнему остается одним из самых информативных и часто используемых методов диагностики острых заболеваний бронхолегочной системы у детей. Однако, не всегда его назначение является клинически обоснованным и необходимым. Высокая частота его назначений у пациентов с отсутствием инфильтративных изменений, явлений дыхательной недостаточности, а также высокий риск лучевой нагрузки диктует необходимость проведения исследований по изучению особенностей его использования в педиатрической практике.

Цель исследования: изучить информативность и обоснованность применения рентгенологического исследования органов грудной клетки при острой бронхолегочной патологии у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 388 историй болезней детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет, поступивших в стационар с острой бронхолегочной патологией. Для статистической обработки полученных результатов исследования использовалась программа Statistica 12.0.

Результаты. Установлено, что рентгенологическое исследование органов грудной клетки было проведено 87,59% пациентам. При этом инфильтративные изменения легочной паренхимы были зарегистрированы лишь на 54 (13,92%) снимках. Чаще они локализовались с правой стороны и по степени поражения легочной паренхимы распределились следующим образом: очаговые были у 18% больных, сегментарные у 67% и полисегментарные у 15% детей. Отсутствие изменений на рентгенограмме установлено в 18,48% случаев. У 74,23% больных отмечалось усиление легочного рисунка и его деформация

в медиабазальной зоне. При этом следует отметить, что повышение температуры до 38° С свыше 3 дней было зарегистрировано у 22,94% больных, одышка отмечалась у 23,71% детей и асимметрия физикальных данных – у 15,46% человек.

Заключение: Проведенный анализ показал, что рентгенологическое исследование органов грудной клетки является информативным методом диагностики заболеваний бронхолегочной системы, однако его назначение в педиатрической практике не всегда обосновано.

НАРУШЕНИЯ КОАГУЛЯЦИОННОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

Скударнов Е.В., Дорохов Н.А., Малюга О.М., Зенченко О.А.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул.

Введение. Пневмонии занимают ведущее место в структуре заболеваемости у детей. Течение пневмоний могут сопровождаться вовлечением в процесс нарушений гемостаза. Данная проблема обуславливают необходимость исследования гемостаза у детей с пневмониями.

Цель исследования. Оценить состояние гемостаза при внебольничных пневмониях у детей.

Материалы и методы. Обследован 161 больной (3,9±0,62 года). Диагноз «пневмония неосложненная -I группа» установлен у 71 ребенка, диагноз «пневмония осложненная -II группа» установлен – у 90. В общей группе преобладали правосторонние пневмонии. Среди осложнений на первом месте был плеврит. Исследование гемостаза: активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ) тромбиновое время (ТВ), протромбиновое время (ПТВ), концентрация фибриногена, определение растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), Хагеман-зависимый лизис эуглобулинов, определение уровня D-димера.

Результаты. Выявлено, что у I группы детей уровень тромбоцитов крови оставался в пределах нормы. АПТВ и ТВ не значительно отличались от контроля. Уровень РФМК был выше нормы. Уровень D-димеров крови был выше нормы ($p \leq 0,01$), что свидетельствовало об активации гемостаза. При осложненных пневмониях показатели гемостаза соответствовали высокой тромботической готовности. У более половины детей выявлена гиперкоагуляция (АПТВ 24,25±1.2 сек.) или гипокоагуляция (АПТВ 47,30±3,36 сек.). Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между концентрацией РФМК и наличием гипо-или гиперкоагуляции по АПТВ. У II группы выявлено повышение уровня фибриногена по сравнению с детьми I группы (5,15±0.23 г/л и 3,33±0,37 г/л соответственно). Изменения коагуляционного гемостаза характеризовались нарушениями конечного этапа свертывания (ТВ – 20,30±1,34 сек.), и высокой тромбинемией (РФМК-187,97±7,7 мкг/мл) с угнетением фибринолиза (ХЗФ – 42,37±1,25 мин.) повышением уровня D-димеров (D-димер – 5799±1325.99 нг/мл).

Заключение. Течение осложненных пневмоний характеризовалось, повышением уровня острофазных белков, состоянием высокой тромботической готовности, (с гипер- или гипокоагуляции по АПТВ, высокой тромбинемией (РФМК, D-димеры) с нарушениями конечного этапа свертывания и угнетением фибринолиза.

АКТИВАЦИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ТРОФИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ: НОВЫЙ МЕХАНИЗМ ПАТОГЕНЕЗА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Федоров И.А., Рыбакова О.Г.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. При изучении патогенеза бронхиальной астмы (БА) продолжают возникать все новые и новые вопросы: обратимы ли структурные изменения слизистой оболочки, какова конечная цель терапии: бронхиальный эпителий, клетки гладкой мускулатуры или иммунные клетки? В этой связи мы позволили себе в настоящей статье обратиться к собственным данным, полученным в то время, когда использование бронхологических методов исследования у детей с БА было этически возможным.

Цель исследования: изучить роль эпителиально-трофической структуры слизистой оболочки бронхиального дерева в патогенезе бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилась 25 детей с БА в возрасте от 4 до 14 лет. 16 детей имели тяжелое течение и у 9 пациентов было диагностировано среднетяжелое течение БА. Группой контроля послужил аутопсийный материал той же локализации от 7 детей без признаков атопии, погибших от несчастных случаев. Родители всех детей дали согласие на проведение исследования. Во время бронхоскопии были получены биоптаты слизистой оболочки из шпоры среднедолевого бронха. Иммуногистохимические исследования по выявлению экспрессии рецепторов эпидермального ростового фактора (ЭРФР), маркера пролиферации (MIB1), ингибитора пролиферации (циклин зависимой киназы) p21, коллагена 3 и уровня эозинофилов (EG2) были выполнены в лаборатории С.Т. Холгейта (г. Саутгемптон, Англия).

Результаты. У детей с астмой толщина субэпителиальной базальной мембраны была существенно больше, чем у здоровых и связана с увеличенным отложением коллагена 3. Не было получено достоверной разницы в количестве эозинофилов между изучае-

мыми группами. Установлено связанное с болезнью и более выраженное у тяжелых астматиков увеличение экспрессии рецепторов ЭРФ. У детей с БА мы также не получили доказательств пролиферации эпителия, об этом свидетельствовали небольшое количество эпителиальных клеток, содержащих маркер пролиферации (MIB1) на фоне существенного повышения экспрессии ингибитора p21. Пролиферативный индекс предполагал супрессию эпителиальной пролиферации. Эпителий находился в состоянии активации или стресса не только в зоне повреждения, но и в морфологически интактном эпителии.

Заключение. Эпителиально-трофическая структура активирована или реактивирована при БА и может управлять процессами ремоделлинга. У детей также парадоксально отсутствовала гиперпролиферация бронхиального эпителия слизистой оболочки. Эпителий находился в состоянии длительного восстановления или заживления, что поддерживало его провоспалительный фенотип.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Федоров И.А., Рыбакова О.Г.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Прошло больше 20 лет с момента внедрения национальной программы по диагностике и лечению бронхиальной астмы (БА) у детей, а вопросы ранней диагностики этого заболевания остаются актуальны. До настоящего времени вызывает затруднение дифференциальная диагностика БА и острого обструктивного бронхита (ООБ), особенно если это первый эпизод бронхиальной обструкции, что связано с одинаковыми клиническими проявлениями, сходными рентгенологическими, функциональными и лабораторными (в том числе иммунологическими) изменениями.

Цель исследования: На основании клинических, лабораторных данных и показателей цитологии индуцированной мокроты, полученных при динамическом наблюдении за детьми группы риска по формированию бронхиальной астмы разработать алгоритм ранней диагностики этого заболевания, дополняющий существующий и увеличивающий вероятность правильной постановки диагноза.

Материалы и методы**.** Было проведено проспективное когортное исследование. Под наблюдением находились 54 ребенка. Возраст детей от 1 года до 5 лет. Все дети в начале исследования и через 18 месяцев проходили повторное обследование с определением уровней эозинофилов ОАК, общего IgE крови, цитологии назального секрета (НС) и индуцированной мокроты (ИМ). Диагностически значимым считался уровень эозинофилов ИМ ≥ 2,5%.

Результаты**.** Из 54 обследованных детей в течение 18 месяцев БА была диагностирована у 25 детей (46,3%) из них у 22 детей (88%) диагноз был выставлен в возрасте до 5 лет. На основании полученных данных нами был предложен алгоритм диагностики БА у детей в возрасте 5 лет и младше, с эпизодами ООБ в анамнезе, с использованием индекса риска астмы и уровня эозинофилов ИМ (%).

Диагностический алгоритм. Дети с эпизодами острого обструктивного бронхита в анамнезе → проведение цитологического исследования индуцированной мокроты → а) выявление уровня эозинофилов мокроты ≥5% → вероятность диагноза «Бронхиальная астма» 94,4%; б) выявление уровня эозинофилов мокроты в пределах ≥2,5%<5% в сочетании с положительным индексом риска астмы → вероятность диагноза «Бронхиальная астма» 70,4%; выявление уровня эозинофилов мокроты < 2,5% → повторное цитологическое исследование мокроты во время появления таких респираторных симптомов как затяжной кашель, кашель в ночное время, на физическую нагрузку вне респираторного заболевания, повторные эпизоды обструктивного бронхита → см. пункты а) и б).

Заключение. Использование модифицированного нами алгоритма способствует ранней диагностике БА и соответственно своевременному началу адекватных лечебно-профилактических мероприятий.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Шурховецкая А.А., Савченко Е. Е., Шаталова Е.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Патология респираторного тракта у детей является одной из основных причин обращения за медицинской помощью. По предварительным данным, прирост показателя заболеваемости пневмонией по городу Челябинску в 2018 составил порядка 1,17 (по данным Городского Управления Здравоохранений г. Челябинска за 11 месяцев 2018г.)

Целью исследования стало сравнение частоты встречаемости различных форм внебольничной пневмонии в 2017 и 2018 годах, выявление возможных причин увеличения заболеваемости.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе МБУЗ ДГКБ №7 г. Челябинска. Проведен анализ 232 случаев внебольничной пневмонии (ВП) у детей в возрасте от 1 года до 18 лет, госпитализированных в течение 2017 года, и 480 случаев госпитализации в 2018 году.

Результаты. В 2017 году среди пациентов с ВП преобладали дети в возрасте от 4 до 6 лет (33%). В 2018 году преобладали дети от 1 до 3 лет – 27,5% и с 11 до 18 лет – 27%. По полу распределение было

следующим: в 2017г. мальчики составили 59,5%, а в 2018г. – 53,3%. Больший процент госпитализаций приходился на осенне-зимние месяцы. Изучение локализации воспалительного процесса выявило преобладание правосторонней ВП: в 2017 году – 68,5%, в 2018 году – 58% случаев. Увеличилась доля двусторонней ВП, она встретилась в 3% и 5,8% случаев соответственно (p<0,05).

Ведущей морфологической формой ВП являлась очаговая: 74% в 2017г. и 57,8% в 2018г. Однако в 2018 году возросло количество полисегментарных пневмоний (19% в 2018 году против 10,3% в 2017 году (p<0,05)), и увеличилась частота встречаемости лобитов с 0,86% до 3,5% (p<0,05). У детей до 3-х лет чаще развивалась очаговая форма ВП, а для более старших пациентов было характерно развитие сегментарной и полисегментарной форм ВП. Кроме того в 2018 году увеличилась доля пневмоний, протекавших с осложнениями с 0,9% до 3,5% (p<0,05).

В ходе проведенных исследований нами отмечен рост пневмоний микоплазменной этиологии в 2018г. в 2 раза по сравнению с 2017г (48 (10%) и 13 (5,5%) случаев соответственно).

Заключение. В 2018 году отмечается рост заболеваемости пневмонией. Ведущей морфологической формой ВН являлась очаговая, увеличилась доля полисегментарных ВП и лобитов. В 2018 году увеличилась доля пневмоний, протекавших с осложнениями с 0,9% до 3,5%. В ходе проведенных исследований нами отмечен рост пневмоний микоплазменной этиологии в 2018г. в 2 раза по сравнению с 2017г.

Раздел 10
ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПКВ13 У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НОСОГЛОТКИ

Вавилова В.П., Вавилов А.М., Черкаева А.Х., Маметьева В.Л., Муратова Р.Н.
ФГБОУ ВО КемГМУ МЗ РФ, ГАУЗ КО «КГДКБ № 7», Кемерово

Введение. Вакцинация пневмококковой конъюгированной 13-валентной вакциной (ПКВ13) детей дошкольного возраста, имеющих хронические воспалительные заболевания носоглотки (ХВЗН) – перспективное направление в комплексе лечебно-профилактических мероприятий, осуществляющих предупреждение высокой частоты течения неинвазивных форм пневмококковых заболеваний.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность использования ПКВ13 у детей с ХВЗН.

Материалы и методы. За период 2015–2018 г.г. наблюдали 1475 детей в возрасте 2–5 лет (3,67±1,34 лет). Обследуемых разделили на две группы. Пациенты I группы (n=741) были вакцинированы ПКВ13. В группе II (n=734) дошкольники вакцинацию ПКВ13 не получали. Все обследуемые дети состоят в группе «Д» учета у педиатра и оториноларинголога. ХВЗН диагностированы в 100% случаев: хронический аденоидит (ХА) – 78,4%, рецидивирующий средний отит (РСО) – 21,6%. Проведен анализ заболеваемости ОРИ, их осложненного течения до и после вакцинации в течение 12 месяцев.

Результаты. Уровень заболеваемости ОРИ, за год до вакцинации ПКВ13, составил 2683,6/I и 2595,8/II случаев на 1000 (p=0,943). Через год после вакцинации, показатель заболеваемости ОРИ в группе вакцинированных достоверно отличался от группы сравнения – 1211,37 и 2516,32 (p=0,026). Острый бронхит за год до вакцинации имел место у 13,2%/I и 13,1%/II детей (p=0,933), после вакцинации – у 5,5%/I и 10,2%/II детей (p=0,0008). Случаи пневмонии за год до вакцинации отмечены у 7,0%/I и 7,6%/II детей (p=0,652), после вакцинации – у 3,1%/I и 6,7%/II исследуемых (p=0,001). Рецидивы ХА за год до вакцинации составили 26,2%/I и 26,8%/II случаев (p=0,775). После вакцинации рецидивы ХА диагностированы у 12,3%/I и 25,3%/II пациентов (p=0,000). РСО за год до вакцинации перенесли 18,8%/I и 18,4/II детей (p=0,856). Через год названное заболевание зарегистрировано у 7,8%/I и 19,6%/II соответственно (p=0,000). Поствакцинальная реакция отмечена только у одного ребенка с отягощенным анамнезом по ХВЗН.

Заключение. Использование ПКВ13 у детей с ХВЗН позволяет снизить кратность ОРИ в 2,1 раза и более чем в 2 раза сократить частоту рецидивов ХВЗ ЛОР-органов. Анализ заболеваемости и течение поствакцинального периода у детей первых 5 лет жизни показал высокий уровень безопасности и переносимости вакцины.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОТОМИКОЗОВ У ДЕТЕЙ

Крюков А.И.[1,2], Кунельская В.Я.[1], Ивойлов А.Ю.[1,2,3], Мачулин А.И.[1], Шадрин Г.Б.[1]
[1]ГБУЗ "НИКИО им. Л.И.Свержевского" ДЗМ, Москва
[2]ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, Москва
[3]ГБУЗ "ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ". Москва

Цель исследования – повышение эффективности диагностики микотического поражения уха у детей.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 128 детей в возрасте от 4 мес. до 15 лет с диагнозом острый наружный отит. Диагностика включала: клиническое обследование, осмотр ЛОР-органов, отомикроскопию, микробиологическое, микологическое (микроскопическое и культуральное) исследования. Микроскопию нативных и окрашенных препаратов с использованием световой и люминесцентной микроскопии. В качестве просветляющего раствора применяли 10% КОН, красители – метиленовый синий и калькофлюор белый. На основании полученных результатов определяли род гриба. Культуральные исследования выполняли с использованием питательных сред Сабуро и Чапека, с последующим подсчетом колоний. Видовую идентификацию дрожжеподобных грибов проводили с помощью тест-системы API 20C ("bioMerieux", Франция), плесневых грибов – по протоколу MI 38.

Результаты. Грибковая природа заболевания диагностирована у 27 (21,1%) из 128 пациентов, односторонний процесс отмечался у всех детей. Анализ результатов исследования патогенов: монокультура гриба определена в 22 случаях (81,5%), в 5 (8,5%) – грибково-бактериальные ассоциации. Основные возбудители – грибы рода *Aspergillus* (17 пациентов (62,9%): *Aspergillus niger* – 14 наблюдений, у 3 детей возбудителем воспалительного процесса были грибы *Aspergillus fumigatus*. Грибы рода *Candida* определены в 10 наблюдениях (37,1%). Наиболее патогенный вид грибов *Candida albicans* выделен у 5 больных (50%). На втором месте – *Candida tropicalis*, выделенный у 3 пациентов (30%) и у 2 пациентов (20%) – другие виды *Candida*. При обследовании 10 больных с помощью метода окрашивания калькофлюором белым и микроскопии мазков в ультрафиолетовом спектре наличие грибов рода *Candida* установлено в 100% случаев при первичном осмотре. У всех пациентов присутствие гриба этого рода подтверждено при микроскопии окрашенного мазка и при посеве на селективные питательные смеси.

Заключение. При диагностике наружного отита необходимо проведение не только отомикроскопии,

но и комплексного микологического исследования патологического отделяемого из уха, включающего выполнение микроскопического и культурального исследования. Преимуществом метода окрашивания калькофлюором белым, который связывается с полисахаридами клеточных стенок грибов, состоит в его простоте, оперативности, низкой стоимости, хорошей специфичности и отсутствии ложноположительных результатов.

МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Крюков А.И.[1,2], Ивойлов А.Ю.[1,2,3], Тардов М.В.[1], Архангельская И.И.[1,3]
[1]ГБУЗ "НИКИО им. Л.И. Свержевского"ДЗМ, Москва
[2]ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И.Пирогова" МЗ РФ, Москва
[3]ГБУЗ "ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ", Москва

Цель исследования – оценить степень тяжести синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у детей с аденотонзиллярной патологией методом полисомнографии.

Материалы и методы. Обследовано 135 детей с патологией лимфоглоточного кольца в возрасте от 2 до 8 лет с жалобами на регулярный храп во время ночного сна. Комплексное обследование: сбор жалоб, анамнеза жизни, заболевания, эндоскопическое исследование полости носа и глотки, полисомнографическое исследование: каналов ЭЭГ в монополярных отведениях – Fp_1A_1, Fp_2A_2 , C_3A_1, C_4A_2 , O_1A_1 , O_2A_2, 2 канала ЭОГ, 1 канал подбородочный , 1 канал ЭКГ, регистрация показателей дыхания во сне с записью ороназального потока воздуха, дыхательных движений грудной и брюшной стенок, шума дыхания, уровня насыщения кислородом крови (сатурации) и положение тела в постели (без адаптационной ночи).

Результаты. Пациенты разделены на две группы: 1 группа – 54 ребенка с диагнозом: аденоиды IIIст.; 2 группа – 81 пациент с диагнозом: аденоиды II-IIIст., гипертрофия небных миндалин II-IIIст. Жалобы на: затрудненное носовое дыхание, сон с открытым ртом, храп и эпизоды остановок дыхания во время ночного сна. На фоне эпизодов храпа у детей обеих групп регистрировали апноэ и гипопноэ обструктивного характера. По индексу апноэ/гипопноэ дети 1 группы распределились следующим образом: от 1 до 5 /час – 36 больных, от 5 до 15/час – 18. Дети 2 группы по индексу апноэ/ гипопноэ распределились следующим образом: от 1 до 5/ час – 54 больных; от 5 до 15/час – 18; более 15/час – 9. По индексу десатурации у детей с патологией лимфоглоточного кольца, поступивших на аденотомию и аденотонзиллотомию легкая степень СОАС выявлена у 90 пациентов, средняя степень СОАС – у 36 больных и у 9 – тяжелая степень СОАС. Максимальный уровень сатурации во время сна составил 99% , а минимальный – 62% . Индекс десатурации от 3 до 11 эпиз./час.

Заключение. Полисомнографическое исследование дает объективную информацию о степени тяжести СОАС и обструкции полости носа и глотки у детей с лимфаденоидной гиперплазией для определения тактики ведения этой группы детей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИБРИДНОЙ ТЕХНИКИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛЕСТЕАТОМЕ СРЕДНЕГО УХА В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

Крюков А.И.[1,2], Ивойлов А.Ю.[1,2,3], Гаров Е.В.[1], Гуров А.В.[1,2], Степанова Е.А.[4], Пакина В.Р.[1], Ибрагимова З.С.[5]
[1]ГБУЗ "НИКИО им. Л.И. Свержевского" ДЗМ, Москва
[2]ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, Москва
[3]ГБУЗ "ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ", Москва
[4]ГБУЗ МО "МОНИКИ им. М.В. Владимировского", Москва
[5]ГБУ "РДКБ им. Е.П. Глинки" Минздрава Чеченской республики, Грозный

Цель исследования – анализ эффективности облитерирующей (гибридной) техники выполнения оперативных вмешательств при холестеатоме среднего уха у детей.

Материалы и методы. Обследовано и прооперировано 36 детей с различными формами хронического гнойного среднего отита (ХГСО) в возрасте от 10 до 15 лет. Методы обследования: сбор анамнеза жизни, заболевания и жалоб ребенка (или его родителей), оториноларингологический осмотр, отоэндоскопия, КТ височных костей, МРТ височной кости в режиме диагностики холестеатомы (non-EPI DWI), аудиологическое исследование. Всем больным выполнен один из вариантов "открытой" санирующей, слухоулучшающей операции на среднем ухе: аттико-антромастоидотомия с удалением задней стенки наружного слухового прохода, с тимпанопластикой 1–3 типа и облитерацией трепанационной полости аутокостью и аутохрящом (облитерирующая, гибридная техника с тимпанопластикой).

Результаты. Туботимпанальный ХГСО диагностирован у 15 детей, эпитимпано-антральный ХГСО – у 21. Левосторонний – 12, правосторонний – 24. Длительность течения ХГСО составляла от 3 до 12 лет, причем 69,5% пациентов (или их родители) отмечали начало заболевания в возрасте 1–3 лет после перенесенного острого гнойного среднего отита. 9 пациентов ранее были прооперированы в других медицинских учреждениях. Исследование слуховой функции выявило наличие смешанной формы тугоухости со слуховыми порогами по костному проведению 20,0±1,8 дБ при обеих формах заболевания. КТ-симптомы холестеатомы среднего уха диагностированы у всех пациентов с ХГСО. Во всех наблюде-

ниях диагноз холестеатомы подтвержден интраоперационными находками. В послеоперационном периоде при динамическом наблюдении до 1 года, после проведения МРТ в режиме диагностики холестеатомы (non-EPI DWI), клинического и аудиологического обследования отмечены хорошие анатомические (восстановление тимпанальной мембраны и отсутствие мастоидальной полости) и функциональные (костно-воздушный интервал < 20 дБ у 80%) результаты у 30 детей, в 6 случаях – рецидив холестеатомы.

Заключение. Анализ результатов показал, что облитерирующая (гибридная) техника, как одноэтапная и функциональная методика, при "открытых" санирующих, слухоулучшающих операциях на среднем ухе при любой форме ХГСО в детском возрасте, по данным клинико-рентгенологического обследования в катамнестическом периоде, является эффективной в 83,3% случаев.

ИТОГИ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА В Г. МОСКВЕ

Крюков А.И.[1,2], Кунельская Н.Л.[1,2], Ивойлов А.Ю.[1,2], Кисина А.Г.[1]

[1]ГБУЗ "НИКИО им. Л.И. Свержевского"ДЗМ, Москва

[2]ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И.Пирогова" МЗ РФ, Москва

Цель исследования – анализ результатов внедрения программы медико-педагогической реабилитации детей с нарушением слуха в г. Москве.

Материалы и методы. С 2007 по 2018 г.г. обследовано 3697 детей с нарушением слуха в возрасте 0 – 18 лет Комплексная программа включала методы, оценивающие слуховое, речевое, психомоторное развитие ребенка, заболеваемость, медико-генетическое тестирование, слухо-, эндопротезирование, сурдопедагогические занятия, коррекционные методики (тифлопедагогика, лечение сочетанных заболеваний и т.д.).

Результаты. Отмечается тенденция к росту числа детей с сенсоневральными нарушениями. Значительно изменился средний возраст детей с врожденной и рано приобретенной патологией, впервые обратившихся к сурдологу (2007 г. – 5 лет, к 2018 г. – от 4 месяцев до 1 года 4 мес.). Из врожденных факторов значимыми являются наследуемые генетические мутации и синдромальная патология у 36–59,4% детей. Патология беременности и родов – 15,3–19%, аномалии развития уха – 2,7–10,1%, аудиторная нейропатия 0–0,8%. Приобретенные нарушения слуха обусловлены перенесенной нейроинфекцией у 3,7–4,9%, черепно-мозговая травма 0–2,4%, нарушение мозгового кровообращения 2–1,2%, применение ототоксических препаратов-0,7–0,8%, вирусные инфекции – до 1,2%, аутоиммунным заболеванием внутреннего уха – до 2%, онкология – у 0,7–2%, хронический отиты – у 0,7–1,2%. У 12,8–20,4% – нарушение слуха неясной этиологии. Большинство детей с нарушением слуха имели отягощающие факторы анте- и интранатального анамнеза (патология нервной системы, зрения, слуха). 60% – синдром дефицита внимания, астеноневротический синдром, 12% – признаки внутричерепной гипертензии, снижение зрения – 47%, общее недоразвитие речи – 60%, задержка речевого развития с формированием выученной фразы – 28%, жестовая речь – 12%.

Заключение. Своевременная разработка индивидуальной программы реабилитации, направленной на всестороннее восстановление функции больного, привело к снижению возраста установления диагноза, своевременному оказанию высокоэффективной медицинской помощи. Проведение медико-генетического скрининга помогает родителям быстрее осознать проблему ребенка и следовать рекомендациям врачей. Однако, около 2% родителей, несмотря на раннюю диагностику, начинают реабилитацию детей в возрасте 3–4 лет уже с тяжелой задержкой речевого развития.

НАРУШЕНИЯ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Крюков А.И.[1,3], Кунельская Н.Л.[1,3], Ивойлов А.Ю.[1,2,3], Кисина А.Г.[1], Вайнштейн Н.П.[2], Морозова З.Н.[1]

[1]ГБУЗ "НИКИО им. Л.И. Свержевского" ДЗМ, Москва

[2]ГБУЗ "ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ", Москва

[3]ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И.Пирогова" МЗ РФ, Москва

Цель исследования – изучить характер нарушений слуха у новорожденных и детей первого года жизни с врожденной цитомегаловирусной инфекцией (ВЦМВИ).

Материалы и методы. Обследовано 100 детей с ВЦМВИ, в возрасте до 28 дней жизни. Комплекс обследований при поступлении: сбор анамнеза перинатального периода развития ребенка, осмотр (педиатрический и оториноларингологический), общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, иммунофлюоресцентный анализ крови к оппортунистическим инфекциям, ПЦР крови и слюны на выявление герпесвирусных инфекций. Аудиологическое обследование: отоакустическая эмиссия (ОАЭ), импедансометрия, регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП), объективная компьютерная аудиометрия (ASSR-тест).. В дальнейшем аудиологическое обследование повторяли в 3 и 6 месяцев жизни.

Результаты. Сформировано 3-и группы больных: 1 (75 детей) – тест ОАЭ положительный, 2 (15 детей) – тест ОАЭ отрицательный, 3 (10 детей) – сомнительные результаты исследования. При проведении обследования в 3 месяца жизни у всех пациентов 1-ой группы тест ОАЭ положительный, результаты импедансометрии соответствовали типу «А», рефлексы регистри-

ровали с обеих сторон. У 8 пациентов 2-ой группы – положительный тест ОАЭ, у 7 – отрицательный. Результаты импедансометрии в данной группе соответствовали типу «А» в 10 случаях, в 5 – типу «В». У 7 детей 3-ей группы регистрировали положительный тест ОАЭ, тимпанограмму тип «А» прошли, у 3 – отрицательный тест ОАЭ, тимпанограмму тип «В». При клинико-аудиологическом обследовании в 6 месяцев жизни у детей 1-ой группы оториноларингологической патологии не отмечали. У 3 пациентов 2-ой группы и у 2 – 3-ей группы констатировали отрицательный тест ОАЭ, тимпанограмму тип «В»: двусторонний экссудативный средний отит (проводили курс консервативного лечения). Через 1 месяц отмечали нормализацию клинико-аудиологических показателей. У 4 пациентов 2-ой группы и у 1 – 3-ей группы регистрировали отрицательный тест ОАЭ, тимпанограмму тип «А». Этих больных (5) обследовали методом регистрации КСВП и ASSR-тестом. У 3-х детей диагностировали двустороннюю сенсоневральную тугоухость 1 степени, у 2-х – 2 степени.

Заключение. У новорожденных и детей первого года жизни с ВЦМВИ двусторонняя сенсоневральная тугоухость 1–2 степени диагностируется в 5% случаев. Всем детям с ВЦМВИ, не зависимо от формы заболевания, показано проведение обследования слуха, с дальнейшим катамнестическим наблюдением педиатра, сурдолога.

ДИСФУНКЦИЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ У ДЕТЕЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Крюков А.И.[1,3], Кунельская Н.Л.[1,3] , Ивойлов А.Ю.[1,2,3], Бодрова И.В.[4], Яновский В.В.[1], Морозова З.Н.[1]
[1]ГБУЗ “НИКИО им. Л.И. Свержевского” ДЗМ, Москва
[2]ГБУЗ “ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ”, Москва
[3]ФГБОУ ВО “РНИМУ им. Н.И.Пирогова” МЗ РФ, Москва
[4]ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

Цель исследования – оценить эффективность хирургического лечения детей с дисфункцией слуховой трубы.

Материалы и методы. Обследовано и пролечено 190 детей с дисфункцией слуховой трубы (ДСТ) в возрасте от 3 до 13 лет. Обследование: инструментальный осмотр, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, отоэндоскопию, аудиологическое исследование (акустическую импедансометрию, тональную пороговую аудиометрию), функциональную мультиспиральную КТ слуховых труб (при наличии показаний).

Результаты. После комплексного обследования проведено хирургическое лечение ДСТ, включавшее изолированную аденотомию под эндоскопическим контролем (190) с одномоментной: миринготомией (166), шунтированием барабанных полостей (24), инструментальной коррекцией тубарного валика (40), деструкцией тубарных миндалин (55). Через 1 месяц, после проведенного хирургического вмешательства, всем пациентам проводили клинико-аудиологическое обследование позволившее констатировать выздоровление у 165 пациентов (84,7%). У 25 детей (15,3%) отмечен рецидив заболевания через 1–2 месяца на фоне респираторно-вирусной инфекции. Им выполнена эндоскопия носоглотки – патологии со стороны глоточного устья слуховой трубы не выявлено. Проведено аудиологическое обследование: у 12 детей регистрировали тип “С”, повышение порогов воздушного звукопроведения до 30–40 дБ. У 13 детей – тип “В”, повышение порогов воздушного звукопроведения до 40–60 дБ. По результатам функциональную мультиспиральную КТ слуховых труб во всех случаях диагностировали зоны стеноза хрящевой части слуховой трубы. Всем пациентам данной группы выполнена баллонная дилатация слуховых труб. Через 2 месяца от момента операции: у 18 (76%) – показатели клинико-аудиологического обследования в пределах нормы, у 5 пациентов (20%) продолжается катамнестическое наблюдение в связи с одномоментным выполнением баллонной дилатации и повторного шунтирования барабанных полостей, у 2 детей (8%) отмечены явления ателектаза барабанной перепонки в задних отделах, в связи с чем проведена ревизия барабанной полости с тимпанопластикой.

Заключение. Методом выбора хирургического лечения детей с ДСТ является эндоскопическая аденотомия, иногда в сочетании с коррекцией тубарного валика или тубарной миндалины, а также шунтированием барабанных полостей или миринготомией. В ряде случаев выявляется стойкая ДСТ, обусловленная стенозом в области ее хрящевого отдела. В этом случае пациенту показано проведение баллонной тубопластики.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ-ПРОФЕССИОНАЛОВ ГОЛОСА С КИСТАМИ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК

Крюков А.И.[1,2], Романенко С.Г.[1], Павлихин О.Г.[1], Лесогорова Е.В.[1], Красникова Д.И.[1], Елисеев О.В.[1]
[1]ГБУЗ «Московский научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗ Москвы
[2]Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Цель исследования: разработка лечебного алгоритма у пациентов – профессионалов голоса с кистами голосовых складок.

Материалы: 27 пациентов – профессионалов голоса с кистами голосовых складок. Возраст от 21 до 39 лет, стаж работы от 2 до 19 лет. Мужчины – 9, женщины – 18. Вокалисты – 7, драматические

актеры – 5, педагоги – 6 , переводчики-синхронисты – 2, продавцы – консультанты – 4, операторы кол-центров – 3.

Методы обследования: субъективная оценка голоса по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), микроларингоскопия, видеоэндоларингостробоскопия, акустический анализ голоса (система Kay Pentax).

Результаты: Кисты по медиальному краю голосовой складки выявлены у 17 пациентов (серозные – 9, гнойные – 8), в толще голосовой складки у 10 (серозные – 6, гнойные – 4).

Пациенты с гнойными кистами (n=12) были оперированы, с последующей противовоспалительной терапией и фонопедией. У 9 пациентов голосовая функция восстановилась в полном объеме. У 3 пациентов развилась рубцовая деформация голосовой складки, потребовавшая дополнительного лечения.

Пациентам с серозными кистами (n=15) была проведена противоспалительная, лимфодренирущая терапия в сочетании с фонопедией. Субъективное улучшение качества голоса и восстановление трудоспособности отмечено у 10 пациентов.

У 5 пациентов консервативное лечение не дало желаемого результата, они были оперированы. У 2 пациентов развилась рубцовая деформация голосовой складки (у 1 пациентки (вокалистка) трудоспособность утеряна).

Выводы: У профессионалов голоса при серозных кистах голосовых складок показано консервативное лечение – противовоспалительная терапия и фонопедия, что позволяет добиться реабилитации голосовой функции без хирургического лечения и прерывания трудовой деятельности.

Гнойные кисты голосовых складок подлежат хирургическому лечению.

У профессионалов голоса с высокими требованиями к его качеству хирургическое лечение целесообразно проводить при неэффективности консервативной терапии и невозможности осуществления профессиональной деятельности ввиду риска развития рубцовой деформации голосовой складки и потери трудоспособности.

СПЕКТР ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОТНОШЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

Малинина Е.И., Кожевникова Л.А., Дубровских М.В., Степьюк Т.В.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Тюмень

ГАУЗ ТО «Городская поликлиника 5», Тюмень

Введение. Хронический аденоидит (ХА) у детей – одно из наиболее распространенных заболеваний ЛОР-органов, имеющих многофакторный патогенез развития, но с отсутствием единого терапевтического подхода.

Цель исследования – определить спектр терапевтических направлений, применяемых у детей с хроническим аденоидитом.

Материалы и методы. Клинический осмотр с анализом медицинской документации (форма №112/у), 52 пациентов с ХА от 2 до 16 лет, городской поликлиники №5 г. Тюмени. В I группу – 34 ребенка на консервативном лечении хронического аденоидита, средний возраст 6,7±0,73. Во II группу – 16 человек после аденотомии, средний возраст 6,3±0,12.

Результаты. Длительность диспансерного наблюдения пациентов с ХА составила 2–3 года. Более 90% предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, 50–75% – наличие слизисто-гнойного секрета в ротоглотке. Менее чем 1/2 пациентам с ХА проводилось бактериологическое исследование микрофлоры ротоглотки, в 2 раза чаще детям 2 группы, спектр микробного пейзажа представлен: БГСА (15% и 31% у детей I и II группы соответственно) и золотистым стафилококком (6% и 19%). Антибактериальная терапия проводилась 29 детям с ХА обеих групп: амоксициллин/амоксиклав – 24, кларитромицин – 4 (p>0,05). Назальные препараты с противовоспалительным эффектом (препараты флутиказона фуроата и мометазона) применяли от 68–76% пациентов, антигистаминные препараты-26–31% при p>0,05. Различные иммуномодуляторы как растительного, так и синтетического происхождения в 1,3 раза чаще использовали в терапии детей 2 группы. Тогда как ирригационная терапия в 1,2 раза чаще назначалась детям с 1–2 степенью аденоидных вегетаций. Физиотерапевтические процедуры использовались в терапии 76–81% детей с ХА. Оперативное лечение – эндоскопическая аденотомия под общей анестезией.

Заключение. Отсутствие единой клинически обоснованной тактики диагностики и лечения данной нозологической формы требует дальнейшего изучения данного вопроса с учетом региональных особенностей, более широкого внедрения в педиатрическую практику экспресс-методов бакетриальной диагностики.

ОСОБЕННОСТИ МУТАЦИОННОЙ ДИСФОНИИ У УЧАЩИХСЯ ХОРОВОГО УЧИЛИЩА ИМЕНИ А.В. СВЕШНИКОВА

Оленчик Н.В[3]., Романенко С.Г.[1], Павлихин О.Г.[1] , Ивойлов А.Ю[1,2],

[1]ГБУЗ «Московский научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗ Москвы

[2]Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

[3]Академия Хорового Искусства им. В.С. Попова

Цель исследования: оценить клинико-функциональное состояние голосообразующей системы у мальчиков в разные периоды мутации.

Материалы: 160 мальчиков 11–17 лет, учащихся Хорового училища им. А.В.Свешникова, 30 здоровых мальчиков.

Методы обследования: субъективная оценка голоса по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), микроларингоскопия, видеоэндоларингостробоскопия, акустический анализ голоса (система Kay Pentax).

Результаты: Мутация делится на три периода: предмутационный, активный и постмутационный. Каждому периоду соответствуют свои микроларингоскопические, акустические, видеоларингостробоскопические признаки. В целом, меняется длина, натяжение и толщина голосовых складок, отмечается усиленный сосудистый рисунок, треугольная щель при фонации в задних отделах гортани. Голос характеризуется аномально высокой частотой, «киксами», нестабильностью, невозможностью контролировать качество голоса, быстрой утомляемостью. Большое значение в выраженности мутационной дисфонии имеет психогенный фактор. При сравнении характера мутации у учеников хоровой академии и здоровых детей такого же возраста определено, что мутация у певцов протекает намного легче. Это связано с тем, что к мутационному возрасту сформированы правильные голосовые навыки. Эти дети более бережно относятся к своему голосу: следят за голосовыми нагрузками, не кричат, следуют советам вокальных педагогов. Ни у одного из этих детей не были диагностированы осложнения: узелки голосовых складок, стойкие дисфонии, кровоизлияния.

Выводы: Особенностью мутационной дисфонии у учащихся хорового училища являются – сглаженность протекания мутационных признаков, отсутствие осложнений (стойких дисфоний, кровоизлияний, мягких певческих узелков).

Правильная постановка голосоведения в домутационный период, фонопедические, вокальные занятия, соблюдение гигиены голоса во время мутации оказывают значительное положительное влияние на процесс мутации голоса у детей.

Раздел 11
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ЧАСТОТА ГИПЕРАЗОТЕМИИ ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Балалаева И.Ю., Швырев А.П., Стольникова Т.Г., Евтухова О.В., Новикова Н.Н., Курганов А.Ю., Антипова Е.В.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронежская областная детская клиническая больница № 1, Воронеж

Введение. Появление гиперазотемии при кетоацидозе у пациентов с выраженной декомпенсацией сахарного диабета (СД) I типа возможно в связи с тяжелыми метаболическими нарушениями при этом состоянии – гипергликемией, кетонемией, электролитными нарушениями, дегидратацией и указывает на развитие острого повреждения почек.

Цель исследования – выявить частоту гиперазотемии при кетоацидозе у детей и подростков с декомпенсацией СД I типа, сочетание ее с другими отклонениями со стороны почек.

Пациенты и методы. Исследование креатинина и мочевины крови проведено у 130 пациентов с СД I типа в возрасте от 2 до 17 лет (средний возраст 11,4±0,3 лет), находившихся в состоянии выраженной декомпенсации с кетоацидозом. Лиц женского и мужского пола было поровну. Жители сельских районов преобладали над жителями города (1,8:1,0). Дебют СД имели 52,3% пациентов. Давность заболевания не превышала 5 лет у 23,9 %, составляла не менее 10 лет у 23,1% больных. Оценивали изменения в почках при УЗИ, наличие альбуминурии, протеинурии.

Результаты. Повышение мочевины и/или креатинина крови отмечено у 13,9% больных на высоте кетоацидоза и дегидратации. Чаще имело место повышение мочевины (13,2%), чем повышение креатинина крови (3,1%). У пациентов с повышением мочевины и/или креатинина крови на УЗИ отмечали повышение эхогенности паренхимы почек в 27,8%, увеличение размеров почек/коркового слоя почек в 22,2% исследований, альбуминурию более 30 мг/л в 16,7%. Достаточно часто выявлялась транзиторная протеинурия (44,4%), причем втрое чаще у девочек, чем у мальчиков. Гиперазотемию на фоне кетоацидоза имели как больные с разной продолжительностью заболевания (от 1 месяца до 15 лет), так и пациенты с впервые выявленным СД (1/3). Гиперазотемия была непродолжительной (от 3 до 5 дней) у большинства больных, исчезала после выведения из состояния кетоацидоза при стандартной терапии.

Заключение. Оценка уровня креатинина и мочевины крови при кетоацидозе у детей и подростков с декомпенсацией СД I типа является обязательной для выявления острого повреждения почек и суждения о тяжести состояния таких пациентов.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ДЕТЕЙ И ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЕНСАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ

Бурлуцкая А.В., Шадрин С.А., Статова А.В.
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Актуальность: достижение компенсации у больных с сахарным диабетом 1 типа (СД 1 тип) основная цель лечения. В последнее время все больше и больше детей переводятся на помповую инсулинотерапию.

Цель: сравнить показатели компенсации СД 1 типа в зависимости от вида инсулинотерапии у детей.

Материалы и методы: проанализированы истории болезни детей с СД 1 типа, проходивших обследование и лечение в эндокринологическом отделении ДККБ. Из медицинской документации получены данные о виде инсулинотерапии, дозе инсулина, длительности заболевания, критерии компенсации.

Результаты: были выделены 2 группы детей с СД 1 типа: 30 – на базисно-болюсной схеме введения инсулина, 30 – на постоянной подкожной инъекции инсулина (ППИИ), помповой терапии. В исследовательскую группу вошли дети с длительностью СД 1 типа 5 и более лет.

Показатели глюкозы крови в течение суток, соответствующие компенсации СД 1 типа, у больных на ППИИ в полтора раза лучше, чем при базисно-болюсной схеме инсулинотерапии. Гипогликемии у больных на ППИИ не отмечены, в то время как в другой группе – встречались у 11%. Глюкозурия достоверных различий не имела в зависимости от вида инсулинотерапии.

Уровень гликозилированного гемоглобина в обоих группах в большинстве случает отмечался выше 7%. Повышение уровня триглицеридов отмечено всего у 6% детей с СД 1 типа на ППИИ и у 60% детей на базисно-болюсной инсулинотерапии. Микроальбуминурия практически в 2 раза чаще отмечалась у больных с базисно-болюсным введением инсулина.

Физическое развитие, как маркер отдаленной компенсации, показал практически равное количество детей со средними и выше/ниже средних величинами, что соответствует среднестатистическому распределению.

Заключение: таким образом, достоверных различий в показателях компенсации СД 1 типа у детей в зависимости от вида инсулинотерапии не выявлено.

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Власенко Н.Ю., Павлинова Е.Б., Юнацкая Т.А.
ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Омск

Актуальность. В последние десятилетия в мире отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом 1 типа (СД 1) среди детей. Питание ребенка с диабетом должно быть физиологически полноценным, что является компонентом лечения СД 1 и может улучшить клинические и метаболические показатели.

Цель – гигиеническая оценка фактического питания детей с установленным диагнозом СД 1 типа.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 26 детей с СД 1 типа в возрасте 2–7 лет. Фактическое питание оценивалось частотным методом, сравнивалось с Нормами физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ. Статистическая обработка с помощью пакета Microsoft Excel и Statistica 6.

Результаты и обсуждение. Отмечалось избыточное потребление белка детьми всех возрастов, в группе 2–3 лет 70,39 г/сут., а в группе 3–7 лет 86,78 г/сут (при норме 42 и 54 г/сут. соответственно)

Медиана потребления жиров в рационе детей 2–3 лет составила 75,0 г/сут (превышение на 59,6%), а в рационе питания детей 3–7 лет 112,59 г/сут (превышение на 87,65%) за счет насыщенных жирных кислот и холестерина (у 88,4% детей).

Фактическое потребление углеводов детьми 2–3 лет составило 137,6 г/сут, при рекомендуемом значении 203 г/сут (снижено на 32,2%); фактическое потребление углеводов детьми 3–7 лет составило 235,3 г/сут при рекомендуемом значении 261 г/сут (снижено на 9,83%).

Потребление витамина D составило 0,63 мкг/сут., (норма 10 мкг/сут), что составило всего 6,2–6,4% от суточной потребности.

Среднесуточное потребление витамина А в рационе питания детей 2–3 лет составило 0,29 мкг рет. экв./сут, что ниже нормы на 35,5%. Потребление фолиевой кислоты детей в возрасте 3–7 лет составило 141,49 мкг, снижено на 29,25%.

Заключение. Питание детей с СД 1 типа является нерациональным, несбалансированным за счет избыточного потребления жиров и белка, и относительного недостатка углеводов в рационе.

Приоритетными дефицитными микронутриентами в питании детей являются витамин D, фолиевая кислота и витамин А, что требует своевременной диетической и микронутриентной коррекции.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕОНАТАЛЬНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА, ОБУСЛОВЛЕННОГО МУТАЦИЕЙ ГЕНА ABCC8

Власенко Н.Ю.[1] , Юдицкая Т.А.[2]

[1]ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»

[2]БУЗОО «Областная детская клиническая больница», Омск

Введение. Неонатальный сахарный диабет – редкое заболевание; развитие перманентного варианта вызывают мутации в 10 генах, из них мутация в гене ABCC8 составляет 24%.

Описание случая. Ребенок Д.,16.05.2017г.р., высокие цифры гликемии (27,7 ммоль/л) у которого отмечались с 2-х месяцев, когда после проведения прививки против гепатита В и пневмококковой инфекции, отмечалось повышение температуры до 38–40 ^{0}С, снижение аппетита, судороги в конечностях, лицевой мускулатуре; с потерей сознания, кома. В реанимационное отделение детской инфекционной больницы диагноз: Менингоэнцефалит, неуточненный, тяжелая форма, с многоочаговым поражением вещества полушарий мозга лобных и теменных долей, судорожный синдром. В терапии противовоспалительные, антибактериальные, противовирусные, противосудорожные и симптоматические препараты; титрование инсулина.

В возрасте 3мес ребенок переводится в специализированное эндокринологическое отделение ОДКБ. При поступлении сохраняется неврологическая симптоматика. Диагноз сахарного диабета (вероятно неонатальный), установлен в сентябре 2017 г. (до этого гипергликемия расценивалась как вторичная на фоне инфекции, комы, длительного назначения дексаметазона, растворов глюкозы). На фоне инсулинотерапии (Детемир, суточная доза 3ЕД (0,6ЕД/кг/сут) гликемия лабильная, колебания от 3,0 до 26,0 ммоль/л. HвAc 8,9 %. С-пептид в крови 14 пмоль/л. Учитывая трудности достижения компенсации, необходимость дозирования минимальных доз инсулина, была установлена помпа, но в связи с отсутствием комплаентности со стороны семьи помпа была снята.

По результатам медико-генетического тестирования (в отделении наследственных эндокринопатий, ЭНЦ, г.Москва,) от 12.12.17г. в гене ABCC8 (NM_000352.4) выявлен гетерозиготный вариант с. 631C >A p.Q211 K, описанный при неонатальном СД. В качестве перорального сахароснижающего препарата было выбрано производное сульфонилмочевины 2-го поколения Глибенкламид в средней дозе 0,57 мг/кг в сутки, титрация дозы в течение 4 недель. На данной терапии колебания гликемии от 6 до 15 ммоль/л.

Заключение. Молекулярно-генетическое исследование детей первого года жизни позволяет провести дифференциальную диагностику неонатального СД и СД 1 типа и вовремя назначить адекватную терапию.

ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ СВЕРДЛОВСКОГО РАЙОНА ГОРОДА ИРКУТСКА

Жапова М.Д., Кондратьева Т.М., Барзунова Т.В.

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск

Введение. Детское ожирение способствует развитию тяжелых заболеваний эндокринной системы, сердечно – сосудистой и опорно-двигательного аппарата у подростков и взрослых, что особенно актуально для Иркутской области.

Цель исследования – изучение распространенности ожирения у детей раннего и дошкольного возраста в Свердловском районе города Иркутска.

Материалы и методы. В исследовании проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 30 пациентов в возрасте от 0 до 7 лет, находящихся на диспансерном учете в 2018 году у эндокринолога с диагнозом ожирение, обусловленным избыточным поступлением энергетических ресурсов (Е66.0) на базе ОГБУЗ ИГДП № 5 и ОГБУЗ ИГДП № 6.

Результаты. Распространенность заболевания составляет 0,14 % и 0,1 % у детей до 7 лет, находящихся на «Д» учете с диагнозом МКБ 10 – Е 66.0. Встречается с одинаковой частой как среди мальчиков, так и девочек. В 57 % случаев, диагноз был выставлен в возрасте от 3-х до 7 лет, в возрасте 1–3 лет у 27 % пациентов, а у 16 % поставлен на первом году жизни. В 40 % случаев дети имели III степень ожирения, в 37 % – II степень, I степень наблюдалась у 20 %. Важно отметить, что 20 % прецедентов имели другую сопутствующую эндокринную патологию. В 50 % случаев у детей наблюдался повышенный уровень кортизола, 33 % имел место диагноз гипотиреоз. Реактивное состояние поджелудочной железы и повышение уровня инсулина, как следствие ожирения, отмечалось у 17 %. При обследовании 60 % пациентов выявилась другая соматическая патология: заболевания нервной системы (21 %), заболевания сердечно – сосудистой системы (21 %), патология иммунной системы (43 %), в том числе частые эпизоды ОРЗ, аллергопатология (29 %), анемия (14 %). Фактически 87 % случаев родители детей страдали ожирением (50 % один из родителей, в 37 % случаев – оба), 30 % ближайшие родственники имели патологию эндокринной системы.

Заключение. Несмотря на то, что распространенность ожирения среди детей раннего и дошкольного возраста в Свердловском районе города Иркутска невелика, проблема остается серьезной и актуальной. Отчетливо прослеживается наследственный характер заболевания (87 %), настораживает наличие другой сопутствующей патологии эндокринной системы (20 %), а также соматической патологии (60 %), что значительно усугубляет реабилитацию данной группы детей.

ЭЛЕКТРОННЫЙ ДНЕВНИК «DIAMETER», КАК СПОСОБ САМОКОНТРОЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПЕРВОГО ТИПА У ДЕТЕЙ

Калетюк М.А., Медведева Л.В., Минина Е.Е
Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Введение. Одним из звеньев терапии сахарного диабета I типа является самоконтроль. Основным помощником для пациентов в этом служит ведение дневника контроля гликемии.

Цель исследования – проанализировать течение сахарного диабета первого типа у детей в зависимости от способа самоконтроля гликемии.

Материалы и методы. Проанализировано 55 историй болезней и анкет пациентов с диагнозом сахарный диабет I типа (СД I) в возрасте от 6 до 18 лет. В зависимости от способа ведения дневника самоконтроля обследуемые были разделены на следующие группы: 1 – пациенты, начавшие пользоваться мобильным приложением DiaMeter, ранее не ведущие дневник самоконтроля(n=5), 2 – дети, начавшие пользоваться приложением DiaMeter, ранее ведущие письменный дневник самоконтроля(n=32), 3 – ведущие письменный дневник(n=10) и 4 – не использующие дневник самоконтроля (n=8).

Результаты. В группе 2 отмечены наилучшие показатели течения заболевания в сравнении с 3 и 4 группой ($p_{2-3,4}$<0,05), клинически выражавшиеся в сокращении эпизодов ухудшения самочувствия, связанного с гликемией, снижение показателей концентрации гемоглобина гликированного спустя три месяца использования приложения DiaMeter ($p_{2-3,4}$<0,001).Вместе с клиническим улучшением увеличилась мотивация к ведению дневника, на что указывает повышение оценки самоконтроля у 35% (n=11), регулярность ведения дневника самоконтроля возросла на 34%, уровень тревожности снизился у 59% (n=19) обследуемых. В группе 3 также отмечалась положительная динамика, однако, в меньшей степени. Наихудшие показатели отмечены в 4 группе. Согласно врачебной оценке, достаточный уровень самоконтроля имели лишь 25% (n=2) (2 и 3 – 59% (n=19) и 70% (n=7) соответственно), кетоацидоз за последний год в этой группе наблюдался у каждого второго ребенка. Лабораторная изменения заключались в увеличении показателей концентрации гемоглобина гликированного спустя 3 месяца у каждого сдававшего, при этом 50% (n=4) этой группы не сдавало данный анализ.

Заключение. Течение СД I типа у детей и подростков напрямую связано с уровнем самоконтроля заболевания, одним из основных инструментов которого служит ведение дневника контроля гликемии.

Приложение DiaMeter оказывает положительное влияние и способствует не только улучшению течению заболевания, но и помогает мотивировать детей к самоконтролю своего заболевания.

РОЛЬ ОЖИРЕНИЯ В НАРУШЕНИЯХ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ.

Клепалова В.В.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Пубертатный период детского возраста имеем свои особенности. Активность половых гормонов зависит от ряда факторов, в частности, от количества жировой ткани в организме. Как дефицит адипоцитов, так и их значительный избыток может привести к значительным изменениям в половой сфере у детей подросткового возраста.

Целью исследования было определение роли ожирения в нарушениях полового развития у детей подросткового возраста.

Материалы и методы. Были обследованы дети с установленным диагнозом «Ожирение», имеющим SDS ИМТ более 2,0. Всего в обследовании приняли участие 156 детей (96- девочек и 60- мальчиков). Половое созревание оценивалось с помощью шкалы Tanner.

Результаты исследования. Возраст пациентов в исследовании составил от 6 лет 7 месяцев до 17 лет. Ожирение I степени имели 36% обследованных девочек, II степени – 31% , III степени – 24%, IV степени – 9%. В результате исследования, было выявлено, что девочки, имеющие ожирение с раннего возраста (на 2–4 годах жизни) к 7,5 годам имели увеличение грудных желез (Tanner 2)- 48%, 6%- Tanner 3- от всех обследованных девочек. Те девочки, у которых развилось ожирение 2–4 степени в возрасте 6–9 лет, имели нормальные сроки начала вторичных половых признаков, но интенсивные темпы полового развития и к 11,5 годам 78% из них менструировала. Также были выявлены изменения у девочек (22%), имевших 3–4 степень ожирения, с длительным стажем данного заболевания, ранними или нормальными сроками начала появления вторичных половых признаков, но к 15–17 годам были выявлены нарушения менструального цикла (увеличения длительности циклов или аменорея). Среди мальчиков ожирение I степени имели 24% обследованных, II степень – 39% , III степени – 25%, IV степени – 12%. Признаков преждевременного полового созревания у них не отмечалось. Из всех обследованных мальчиков – 21% имели признаки гипогонадизма в возрасте старше 14 лет на фоне ожирения 3–4 степени. Показатели SDS ИМТ более 2,0 отмечались у них с раннего возраста.

Заключение. Дети с ожирением относятся к группе риска по нарушениям полового развития или уже имеют отклонения в половой сфере. Девочки, страдающие избытком веса с раннего возраста могут раньше сверстников развиваться в половом развитии, что приведет к более ранним срокам закрытия ростовых зон. Высокая степень ожирения у девочек подросткового возраста влияет на развитие дисменореи, аменореи. Мальчики с ожирением имеют риск развития гипогонадизма.

РОЛЬ ОЖИРЕНИЯ В НАРУШЕНИЯХ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ.

Клепалова В.В.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Пубертатный период детского возраста имеем свои особенности. Активность половых гормонов зависит от ряда факторов, в частности, от количества жировой ткани в организме. Как дефицит адипоцитов, так и их значительный избыток может привести к значительным изменениям в половой сфере у детей подросткового возраста.

Целью исследования было определение роли ожирения в нарушениях полового развития у детей подросткового возраста.

Материалы и методы. Были обследованы дети с установленным диагнозом «Ожирение», имеющим SDS ИМТ более 2,0. Всего в обследовании приняли участие 156 детей (96- девочек и 60- мальчиков). Половое созревание оценивалось с помощью шкалы Tanner.

Результаты исследования. Возраст пациентов в исследовании составил от 6 лет 7 месяцев до 17 лет. Ожирение I степени имели 36% обследованных девочек, II степени – 31% , III степени – 24%, IV степени – 9%. В результате исследования, было выявлено, что девочки, имеющие ожирение с раннего возраста (на 2–4 годах жизни) к 7,5 годам имели увеличение грудных желез (Tanner 2)- 48%, 6%- Tanner 3- от всех обследованных девочек. Те девочки, у которых развилось ожирение 2–4 степени в возрасте 6–9 лет, имели нормальные сроки начала вторичных половых признаков, но интенсивные темпы полового развития и к 11,5 годам 78% из них менструировала. Также были выявлены изменения у девочек (22%), имевших 3–4 степень ожирения, с длительным стажем данного заболевания, ранними или нормальными сроками начала появления вторичных половых признаков, но к 15–17 годам были выявлены нарушения менструального цикла (увеличения длительности циклов или аменорея). Среди мальчиков ожирение I степени имели 24% обследованных, II степень – 39% , III степени – 25%, IV степени – 12%. Признаков преждевременного полового созревания у них не отмечалось. Из всех обследованных мальчиков – 21% имели признаки гипогонадизма в возрасте старше 14 лет на фоне ожирения 3–4 степени. Показатели SDS ИМТ более 2,0 отмечались у них с раннего возраста.

Заключение. Дети с ожирением относятся к группе риска по нарушениям полового развития или уже имеют отклонения в половой сфере. Девочки, страдающие избытком веса с раннего возраста могут раньше сверстников развиваться в половом развитии, что приведет к более ранним срокам закрытия ростовых зон. Высокая степень ожирения у девочек подросткового возраста влияет на развитие дисменореи, аменореи. Мальчики с ожирением имеют риск развития гипогонадизма.

«ШКОЛА КОНТРОЛЯ ВЕСА» – КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: (10 – ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ)

Куулар Н.К., Почкин Е.О., Никитюк Ю.В.
ФББГУ «Детский медицинский центр» УДП РФ

Актуальность: За прошедшее двадцатилетие значительно возросло число детей и подростков, имеющих избыточный вес и ожирение. Неуклонный рост заболеваемости зафиксирован и в «Детском медицинском центре» УДП РФ (ДМЦ). С 35‰ в 2006г. заболеваемость к 2008г. возросла до 56‰. С 2010г. избыточный вес и ожирение лидируют в структуре эндокринопатий у детей и подростков. Высокая распространенность, тяжесть последствий детского ожирения привели к поиску эффективных путей решения данной проблемы.

С 2008 года на базе РО (Поляны) ФГБУ «ДМЦ» организована – «Школа контроля веса» (ШКВ) – реабилитационный курс для детей с избыточной массой.

Цель работы: Оценить эффективность работы «Школы контроля веса» в условиях (РО) «Поляны» за 2008–2018гг.

Материалы и методы: Мультидисциплинарная бригада «ШКВ» включает реабилитолога, детского эндокринолога, диетолога, врача ЛФК, физиотерапевта и психолога. Двухэтапная система помощи включает амбулаторный и санаторный этапы. Второй этап – «ШКВ»: диетотерапия, интерактивные занятия эндокринолога и психолога, суставная гимнастика, терренкур, скандинавской ходьба, бальнео- и гидротерапия. Биоимпедансный анализ состава тела (БИА), используется для динамического контроля и объективной оценки активности метаболических процессов.

Результаты: В условиях РО (Поляны) за 10 лет в «ШКВ», были обучены 319 детей и подростков (от 7 до 15 лет) с избыточным весом и ожирением. Снижение массы у 96% пациентов – 306 человек, из них нормализация массы тела достигнута у 13,8% (44) детей и подростков. Согласно данным БИА – потеря веса у 92% пациентов происходила за счет потери жировой массы, в среднем этот показатель составил-3,1±0,6 кг.

Выводы:

1. Эффективность «Школы контроля веса» обусловила стабилизацию заболеваемости с 2011года в данной группе активного наблюдения.
2. Сочетание естественных и преформированных физических, психологических и медикаментозных методов достоверно позволяет добиваться улучшения – уменьшения веса за счет потери жировой массы.
3. Наилучший результат достигается при повторном обучении в школе.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСУЛИНОВ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Макина О.В., Туз В.В., Мельникова И.М., Норкина М.С., Серова А.А.
ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет МЗ РФ, Ярославль
ГБУЗ ЯО Областная клиническая детская больница, Ярославль

В мире разработано несколько аналогов инсулина пролонгированного действия с медленным высвобождением, которые имитируют физиологическое действие естественного базального инсулина. Инсулин деглудек (InsDeg) – новый базальный инсулин, имеет длительный период полувыведения (25 час) и продолжительность действия более 42 час в стабильном состоянии. Требуются дальнейшие исследования для разработки алгоритмов лечения с включением инсулинов пролонгированного действия.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность инсулинотерапии сверхдлительного действия у детей с СД 1 типа (СД1).

Обследовано 93 ребенка с СД1 в возрасте от 6 до 17 лет с длительностью заболевания более 1 года. Пациенты были распределены на 2 группы, сходные по возрасту, полу, длительности и тяжести заболевания: 1 группа – 26 детей, получавших в качестве базальной инсулинотерапии гларгин (InsGlar); 2 группа – 67 детей, получавших в качестве базальной инсулинотерапии деглюдек (InsDeg). Наряду с общеклиническими методами обследования, проводилось анкетирование родителей и пациентов. Статистическая обработка данных проводилась при помощи Microsoft Excel и Statistica 8 версии.

Результаты. Выявлено, что пациенты, получавшие InsGlar, испытывали гипогликемические состояния 1 раз/день в 50% случаев; 1 раз/неделю – 32%; 1 раз/месяц – 18%; реже 1 раза в месяц – 0% в отличие от 2 группы (соответственно 12%; 31%; 50%; 7%; $p<0,05$). Me HbA_{1c} у детей 1 группы составила 10,8% в отличии от 2 группы – 8,7% ($p<0,05$). Местная реакция наблюдалась более чем у 1/3 детей 1 группы (36%) по сравнению с пациентами, получавшими InsDeg у 19% ($p<0,05$). Болевые ощущения отмечали 45% пациентов 1 группы в отличие от 2 группы (19%) ($p<0,05$). Наряду с этим, у детей, получавших InsDeg, отмечено достоверное уменьшение амплитуды колебания гликемии в течение дня и улучшение показателей глюкозы плазмы натощак.

Заключение. Полученные нами предварительные результаты показали, что применение InsDeg в качестве базальной терапии у детей с СД1 приводит к достоверному улучшению гликемического профиля, снижению уровня HbA_{1c}, эпизодов гипогликемии, что существенно повышает качество жизни при данной патологии.

ЛЕПТИН И ИНСУЛИН У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПОЛА

Панова И.В., Домбаян С.Х., Афонин А.А., Афонина Т.А.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. Лептин и инсулин действуют на рецепторы в одной и той же доле гипоталамуса и приводят к снижению аппетита. При взаимодействии инсулина и глюкозы на адипоциты синтез лептина может увеличиваться, повышение уровня лептина в плазме крови приводит к снижению секреции инсулина. Однако нет данных о соотношениях этих гормонов в зависимости от особенностей физического развития и гендерного фактора у здоровых детей, что и послужило основанием для настоящего исследования.

Цель исследования – оценить изменения уровней лептина и инсулина у здоровых детей с учетом физического развития и гендерного фактора.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 19 детей 8 – 14 лет I-II группы здоровья; из них 6 имели средние показатели физического развития (1 группа), 13 – выше среднего (2 группа). Исследование инсулина в периферической крови проводилось методом иммуноферментного анализа, а лептина – с использованием тест-систем производства DRG (Germany).

Результаты. Уровень лептина во 2 группе достоверно был выше, чем в 1 группе:13,78 (1,79–49,59) нг/мл и 3,8 (2,17–80,33) нг/мл соответственно, $p \leq 0,05$. Не установлено достоверных различий содержания инсулина в крови 1 и 2 групп детей в зависимости от особенностей их физического развития, но уровень инсулина у мальчиков был больше, чем у девочек: 8 (7,2–9,5) мкмЕд/мл и 7,65 (7,4–8,4) мкмЕд/мл соответственно, $p \leq 0,05$. Выявлена прямая корреляции уровня лептина с толщиной жировой складки (ТЖС) (r=0,8; $p \leq 0,05$) и обратная связь между уровнем лептина и длиной тела (r=-0,6; $p \leq 0,05$). Установлено наличие прямой корреляции между уровнями лептина и инсулина у детей 1 группы (r=0,8, $p \leq 0,05$). Констатирована разнонаправленная корреляция между изучаемыми гормонами в группе девочек (r=-0,8; $p \leq 0,05$) и мальчиков (r=0,7; $p \leq 0,05$).

Заключение. Выявленный более высокий уровень лептина у детей с физическим развитием выше среднего, а также наличие прямой корреляции между значениями гормона и ТЖС указывает на возможность формирования гиперлептинемии с вероятностью последующего развития инсулинорезистентности. Более высокие показатели массы тела и уровни инсулина у мальчиков, а также наличие значимой прямой корреляции (r=0,7; $p \leq 0,05$) между лептином и инсулином позволяют рассматривать гендерный фактор как фактор риска развития метаболического синдрома.

АГРЕГАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ральченко И.В., Чепис М.В. Тюшнякова О.В.
Ральченко Е.С., Сагитова А.С., Платонов Е.В.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ, Тюмень

Введение. Агрегация тромбоцитов ведет к образованию агрегатов с расстоянием между клетками в долях микрона. Исследования по оценке состояния тромбоцитарной функции у больных с нарушениями функции щитовидной железы являются противоречивыми, поэтому мы определили цель нашего исследования.

Цель исследования – установить, особенности изменения агрегационной активности тромбоцитов у беременных женщин с нарушением функции щитовидной железы с использованием в качестве индуктора агрегации АДФ.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 20 беременных женщин со сроком беременности от 20 до 24 недель находящихся на диспансерном наблюдении. Все женщины имели нарушения функции щитовидной железы. Агрегационные функции тромбоцитов изучали с помощью лазерного агрегометра “Биола”. В качестве индукторов агрегации использовали растворы фирмы-производителя «Технология – стандарт» (Россия). Расшифровывая агрегатограммы, устанавливали: значения максимальной агрегации /МА/, максимальную скорость агрегации (максимальный тангенс угла наклона кривой агрегатограммы к оси абсцисс / tg α/). Максимальный размер тромбоцитарных агрегатов /МРА/ оценивали по результатам их динамического измерения.

Результаты. У беременных женщин с нарушением функции щитовидной железы при концентрации АДФ 2,5 мкг/мл наблюдается максимальный размер агрегатов, увеличивается скорость достижения максимального размера агрегатов. Первой ответной реакцией является изменение формы тромбоцитов, их дискоидная форма переходит в сферическую, в то же время появляются псевдоподии. За изменением формы тромбоцитов наступает первая фаза агрегации, вызываемая агрегационным средством. После окончания первичной агрегации крутизна агрегационной кривой понижается, за этот период из тромбоцитов освобождаются биологически активные соединения, вызывающие новую агрегационную волну. Средний размер агрегатов 2,19±0,03 скорость достижения максимального размера агрегатов 2,76±0,07с Максимальное светопропускание 10,5±0,10 скорость достижения максимального значения светопропускания 7,60±0,08 %

Заключение. Таким образом, нарушения функции щитовидной железы у беременных женщин приводят к характерным изменениям в агрегации, выявление

и дифференциальная диагностика которых возможна на основании агрегационных кривых. Для ответа на диагностические вопросы достаточно применение АДФ, как индуктора агрегации.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗОСЕКСУАЛЬНОЙ ФОРМЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

Родина М.А., Чеботарева Ю.Ю., Приходько Е.Д., Летифов Г.М., Логинова Э.И.
МБУЗ КДЦ «Здоровье», ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. Преждевременное половое созревание(ППР) – мультифакторное орфанное заболевание, патогенез которого до конца не изучен. Данная патология может служить причиной нарушения социальной адаптации, а главное – репродуктивного здоровья девочки.

Цель исследования – уточнить патогенетические механизмы изосексуальной формы преждевременного полового созревания, а также оптимизировать принципы диагностики и коррекции данной патологии у девочек дошкольного возраста.

Материалы и методы. В исследование включено 58 пациенток. Критериями включения явилось наличие вторичных половых признаков (телархе, адренархе) до стадии 2–3 по TannerJ.(1962г), а также возраст девочек до 7 лет. Критериями исключения – пороки развития, опухоли молочной железы, яичников, надпочечников. Изучались данные клинического обследования больных (жалоб, сбор анамнеза), общего осмотра, оценки физического и полового развития, гинекологического осмотра, лабораторного обследования (гормональный фон, кариотип), а также ультразвукового исследования и рентгенографии кисти с целью определения костного возраста. Все пациентки обследованы у маммолога и эндокринолога, исключены опухоли молочных желез и надпочечников. Также исключены опухолевые образования яичников.

Результаты. Наблюдались следующие клинические проявления ППР: изолированное телархе(72,4%), изолированное пубархе(13,7%), полная форма(13,7%). Изменения гормонального фона имели место у 50% исследуемых. Из них в 51% – повышение уровня пролактина, кортизола в субклинических значениях, в 10,3% – гиперандрогения яичникового генеза. У пациенток с полной формой ППР показатели гормонального фона соответствовали пубертатным значениям (27%). В 74% случаев наблюдались изменения по данным эхографии матки и придатков (34% – изменения фолликулярного аппарата, 10% – увеличение эндометрия, 7% – несоответствие размеров матки возрастной норме). Достоверные изменения костного возраста встречались в 20 % случаев. В 90% случаев наблюдалась сопутствующая патология, требующая длительного наблюдения, а также повышенный тревожный эмоциональный фон.

Выводы. Преждевременное половое созревание – важная проблема, требующая дальнейшего изучения. Полученные данные позволяют предположить влияние нарушения адаптационных механизмов, в том числе стресса, на нарушение полового развития у девочек.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ С СД 1 ТИПА И ИХ РОДИТЕЛЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Романенко Е.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Введение. Сахарный диабет 1 типа (СД1) является одним из наиболее распространенных эндокринных заболеваний в детском возрасте. Актуальность данной проблемы обусловлена постоянно увеличивающейся заболеваемостью среди детей. Уже в детском возрасте определяется высокая распространенность поздних диабетических осложнений, которые приводят к ранней инвалидизации, ухудшают качество жизни пациентов и сокращают ее продолжительность.

Цель исследования – изучение возможностей организации и оказания медицинской помощи детям с СД 1 типа.

Материалы и методы. В качестве инструмента для решения поставленной задачи были разработаны опросники для детей с СД 1 типа и их родителей. В исследовании участвовали 63 человека.

Результаты. При оценке социального состояния семей было выявлено, что большинство детей, больных СД 1 (84,21%), живут в полных семьях и воспитываются обоими родителями. Все пациенты, включенные в исследование, подтвердили наличие индивидуальных глюкометров. 47,37% родителей ответили, что их детям в месяц выдается 100 тест – полосок. В 68,43% случаев дети с СД1 и их родители никогда не получали консультацию психолога. Основными источниками информации о СД1 для родителей пациентов явились врачи-эндокринологи и интернет. Около трети опрошенных детей и подростков, не выполняют инъекции инсулина в условиях школы. В результате проведенного анкетирования выявлено, что 21% детей считают себя не похожими на других, и испытывали трудности в общении со своими сверстниками. Все дети и подростки с сахарным диабетом обеспечены лучшими препаратами инсулина (аналогами ультракороткого и длительного действия), и средствами введения инсулина за счет средств государственного бюджета.

11,1 % пациентов для введения инсулина используют инсулиновую помпу.

Заключение. В качестве дополнения к основной терапии сахарного диабета для детей и их родителей должны проводиться консультации психологов. Имеющиеся трудности со школьным питанием, повышают риск развития гипергликемии и декомпенсации сахарного диабета и снижают качество жизни. Абсолютное большинство родителей удовлетворены амбулаторной и стационарной помощью, оказываемой их ребенку.

МЕСТО НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Романенко Е.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Введение. Врожденная дисфункция коры надпочечников встречается относительно часто, проявляется надпочечниковой недостаточностью, нарушением формирования пола или преждевременным половым развитием. Своевременная диагностика и лечение позволяют обеспечить пациенту и его семье хорошее качество жизни и социальную адаптацию.

Цель исследования – выявление сроков постановки диагноза врожденная дисфункция коры надпочечников, встречаемости различных форм в зависимости от пола, оценка эффективности скрининга на адреногенитальный синдром.

Материалы и методы. Проанализирована сплошная выборка историй болезни детей в возрасте от 3 дней до 18 лет, поступавших в эндокринологическое отделение г.Челябинска с диагнозом ВДКН в период с 2010 по 2015 годы.

Результаты. Охват новорожденных скринингом в г.Челябинске приближается к 100%. Среди пациентов преобладают мальчики – 75%. Девочек достоверно меньше и их количество составило 25%. Из 70% пациентов при поступлении имели положительные результаты скрининга, что и явилось поводом для поступления их в специализированное отделение. В тоже время, 30% детей поступали по наличию клинических проявлений данного заболевания. Раннее поступление имели девочки (возраст 7 суток), в то время как мальчики поступали в возрасте от 24 дней до 3,5 месяцев. При отсутствии проведения неонатального скрининга на адреногенитальный синдром ранняя диагностика заболевания у мальчиков возможна при развитии сольтеряющего криза. Вирилизация наружных гениталий у девочек не всегда являлась поводом для раннего обращения к эндокринологу.

Заключение. Проведение неонатального скрининга способствует оптимальному решению вопроса о ранней диагностике врожденной дисфункции коры надпочечников и своевременному назначению лечения.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НА ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ

Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Добролюбова М.В.
ГАУЗ «Детская городская клиническая больница», Оренбург
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

Введение. Помповая инсулинотерапия сегодня является современным способом лечения сахарного диабета (СД) 1 типа. Метод должен быть максимально доступен для детей.

Цель исследования. установить особенности ведения пациентов с СД 1 типа получающих ПИТ, в зависимости от пола, возраста, стажа болезни.

Материалы и методы. Исследованы результаты лечения 32 пациентов. Изучены уровни гликолизированного гемоглобина HbA1C у детей до установки помпы и через 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 месяцев помповой инсулинотерапии (ПИТ). Использованы статистический и аналитический методы исследования.

Результаты исследования: Установлено, что средние значения HbA1C пациентов, проходивших лечение ПИТ в течение 2-х лет, имеют 9-месячную цикличность показателей средних значений HbA1C: в первые 9 месяцев лечения имелись уменьшающиеся средние значения от 8,80 ммоль/л до 7,60 и во вторые 9 месяцев лечения имелись уменьшающиеся средние значения от 7,60 ммоль/л до 7,20.

Для выделения групп пациентов, которые имели схожую динамику изменения значений 9 анализируемых признаков, к значениям отмеченных признаков был применен иерахический кластерный анализ (Жамбю М., 1988). В кластер 1 были отнесены 7 пациентов с уровнем HbA1C до установления помпы – 7,20±0,24 ммоль/л, а через 2 года – 6,81±0,20. В кластер 2 – 2 пациента с уровнем HbA1C до установления помпы – 10,10±0,90, через 2 года – 9,49±0,51. В кластер 3 – 8 пациентов с уровнем HbA1C до установления помпы – 10,01±0,39, через 2 года – 7,06±0,20. И в кластер 4 – 15 пациентов с уровнем HbA1C до установления помпы – 8,76±0,13, через 2 года – 7,88±0,32 ммоль/л.

Установлено, что работа помпы статистически значимо уменьшает уровень HbA1C в крови у всех пациентов. Лишь в кластере 1, где средний возраст составляет12,00±1,15 лет и стаж болезни на момент установления помпы составляет 31,83±1,14 мес. лечение не дало статистически значимого результата.

Для всех остальных – наблюдалось статистически значимое (p<0,05) снижение уровня HbA1C в крови.

Выводы: ПИТ статистически значимо уменьшает уровень HbA1C в крови у пациентов. Прогностическую роль в результативности помпы играет возраст ребенка и лишь затем стаж болезни. Действие помпы у девочек дает лучшие результаты.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С ЧРЕЗМЕРНОЙ ГЕСТАЦИОННОЙ ПРИБАВКОЙ МАССЫ ТЕЛА

Шалкина Л.А., Алимова И.Л., Покусаева В.Н., Афанасьева Е.В.
ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Смоленск

Введение. Известно, что чрезмерная гестационная прибавка массы тела сопровождается гиперинсулинемией, что может отразиться на показателях углеводного обмена новорожденных.

Цель исследования: оценить показатели углеводного обмена у новорожденных от матерей с чрезмерной гестационной прибавкой массы тела.

Материалы и методы. Обследовано 89 здоровых доношенных новорожденных, которые были распределены на 2 группы: основная группа (n=44) – от матерей с гестационным увеличением веса больше 16 кг, контрольная группа (n=45) – от матерей с гестационным увеличением веса 11,5–16 кг. Женщины были соматически и гинекологически здоровы, вступили в беременность с нормальным индексом массы тела, не имели гестационного сахарного диабета. Исследование глюкозы проводилось в пуповинной крови и в плазме капиллярной крови новорожденных через 1, 3 и 6 часов после рождения. Инсулин определялся в пуповинной крови методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Концентрация глюкозы в пуповинной крови в основной группе была ниже 2,8 [2,3–3,3] ммоль/л, чем в контрольной группе 3,3 [2,5–4,1] ммоль/л, p=0,02. Уровень гликемии <2,6 ммоль/л чаще (50,0%) определялся в основной группе по сравнению с контрольной (26,7%, p=0,023). Содержание инсулина у новорожденных основной группы 10,2 [7,9;15,5] МкМЕ/мл в пуповинной крови превышало показатель детей контрольной группы 8,6 [6,6;11,8] МкМЕ/мл, p=0,051. Уноворожденных основной группы уровень гликемии в течение первых 6 часов после рождения составлял 3,7 ммоль/л [3,3; 4,0] и был ниже (p=0,026) показателя детей контрольной группы (4,2 ммоль/л [3,7; 4,3]). У 10% детей основной группы отмечались гипогликемии в 1-й час после рождения с минимальным показателем 1,3 ммоль/л, которые сохранялись при повторном определении через 3 и 6 часов и не сопровождались клинической симптоматикой. У 2-х детей нормализация показателей гликемии отмечалась к концу первых суток жизни. При проведении корреляционного анализа отмечалась отрицательная взаимосвязь между концентрацией инсулина и глюкозы (r=-0,24, p=0,044) в пуповинной крови.

Заключение. У новорожденных от матерей с чрезмерной гестационной прибавкой массы тела определяются более низкие показатели глюкозы крови и чаще регистрируются бессимптомные гипогликемии.

Раздел 12
ИНФЕКЦИИ И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Горбач Л.А.
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Минск

Введение. Ликвидация туберкулеза в мире невозможна без решения проблемы заболеваемости детей. Основным фактором, способствующим возникновению туберкулеза у ребенка, является его проживание в очаге туберкулезной инфекции и контакт с пациентом, страдающим туберкулезом.

Цель исследования – изучение заболеваемости туберкулезом детей, проживающих в очагах туберкулезной инфекции, в сопоставлении с общей заболеваемостью туберкулезом детского населения Республики Беларусь.

Материалы и методы. Для проведения исследования была разработана база данных всех детей с туберкулезом за 5-летний период. Критериями включения в базу был возраст до 17 лет, наличие верифицированного туберкулеза, проживание в Республике Беларусь. Были использованы данные о численности детей, проживающих в очагах туберкулезной инфекции в условиях контакта с пациентом с бактериовыделением, без бактериовыделения и с лекарственно-устойчивой формой, а также данные Национального статистического комитета о численности детского населения. Проведено вычисление интенсивных показателей заболеваемости по стандартной методике за 5 лет.

Результаты. Средний показатель заболеваемости туберкулезом детского населения составил 4,3 на 100 тысяч человек. Аналогичный показатель среди детей, проживающих в условиях контакта с пациентом без бактериовыделения, составил 9,3 на 100 тысяч человек, был в 2,1 раза выше по сравнению с общим показателем заболеваемости туберкулезом детского населения. Среди детей, проживающих в условиях контакта с пациентом с бактериовыделением, средний показатель заболеваемости составил 322,4 на 100 тысяч человек, был в 74,2 раза выше по сравнению с общим показателем заболеваемости. Самый высокий показатель заболеваемости был среди детей, проживающих в условиях контакта с пациентом с лекарственно-устойчивой формой туберкулеза. Он составил 582,9 на 100 тысяч человек и был в 134,2 раза выше по сравнению с общим показателем заболеваемости туберкулезом.

Заключение. Полученные результаты выявили высокий показатель заболеваемости туберкулезом детей, проживающих в очагах туберкулезной инфекции в условиях контакта с пациентом с лекарственно-устойчивой формой, доказали необходимость экстренного проведения комплекса профилактических мероприятий данным детям (изоляция, вакцинация, химио- и иммунопрофилактика).

АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Елкина Т.Н., Грибанова О.А., Сецкова С.Ю., Грибанова А.С.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск

Введение. Острые респираторные инфекции остаются самыми частыми заболеваниями в амбулаторной практике. В связи с высокой распространенностью и наносимым экономическим ущербом большое внимание уделяется вопросам их лечения.

Цель исследования – оценка медикаментозных назначений при остром ринофарингите средней степени тяжести.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 117 больных в возрасте от 3 до 6 лет (средний возраст 4,1+0,2 года). Детские дошкольные учреждения посещали 70,9% детей. Хроническая очаговая инфекция носоглотки выявлена у 9,4%, аллергические заболевания диагностированы у 7,7%.

Результаты. Средства с противовирусной активностью были рекомендованы 72,6%; из них 9,4% препараты с прямым противовирусным действием, 45,3% индукторы интерферона и 17,1% интерфероны. На 4–5 день болезни у 15,4% возникла необходимость в антибактериальной терапии. В группе пациентов, получавших противовирусные препараты, количество назначений антибиотиков было в 2 раза меньше (11,8% против 25%). Антибактериальные препараты первой линии (амоксициллин) использовались у 5,2%. Антибиотики второй линии назначались в 2 раза чаще (10,4%), среди них защищенные пенициллины (амоксициллина/клавуланат) у 5,2%, цефалоспорины III поколения (цефиксим) у 2,6% и макролиды (азитромицин) в 2,6% случаев. Для лечения ринита 71,8% больным рекомендовались деконгестанты, 17,9% топические антибиотики. Антисептики для горла получали 84,6%. Для лечения сухого кашля участковые педиатры у 13,7% использовали бутамират, у 12% муколитики. В терапии влажного кашля преобладали мукоактивные препараты (19,7%), среди них амброксол 12,8%, бромгексин и ацетилцистеин по 3,4% каждый. В 6,8% случаев для лечения кашля при ринофарингите врачи необоснованно назначали аскорил экспекторант, Количество одновременно назначенных медикаментозных средств колебалось от 3 до 7, в среднем 4,9+0,2 препарата.

Заключение. Регистрируется высокий процент назначения интерферонов. Использование средств с противовирусной активностью позволяет уменьшить количество назначений антибактериальных препаратов в 2 раза. Отмечены случаи нерациональной терапии кашля, заключающиеся в необоснованном использовании при остром ринофарингите мукоактивных средств и препаратов с комбинированным бронхолитическим и муколитическим действием.

БЕССИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: ЭПИДЕМОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ, ВОЗРАСТНЫЕ И СЕЗОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ.

Морозов Н.А., Кручинин Е.В., Алекберов Р.И., Козлов М.В., Мокин Е.А, Лукашенок А.В., Яниева Ю.С., Жилябина Ю.С., Кашина Т.А.
ФГБОУ ВО Тюменский Государственный Медицинский Университет, Тюмень.

Введение. Ротавирусная инфекция является основной причиной острых гастроэнтеритов у детей раннего возраста. Штаммы ротавируса G1P, вызывающие бессимптомную инфекцию у новорожденных, в последние годы стали вызывать манифестную инфекцию у детей разного возраста. Известные различия вирулентности ротавирусов позволяют предположить, что часть широко распространенных бессимптомных форм инфекции может быть обусловлена циркуляцией авирулентных вариантов вируса, роль которых в эпидемиологии РВИ не изучена и не учитывается.

Цель исследования. Изучение возрастных и сезонных особенностей распространения субманифестных форм РВИ и оценка их значения в эпидемиологии инфекции в г.Тобольске. **Материалы и методы.** Исследование частоты бессимптомных форм РВИ в разных возрастных группах населения г.Тобольск проводили в 2016–2018 гг. среди 480 пациентов в возрасте от 2 недель до 90 лет, обратившихся в Инфекционное отделение ГБУЗ ТО ОБ №3 г. Тобольск для обследования на дисбактериоз кишечника. Антиген ротавирусов группы А в копроматериалах выявляли методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием набора реагентов «Ротавирус-антиген-ИФА-Бест» в соответствии с инструкцией. **Результаты.** Выявлено широкое распространение бессимптомных форм РВИ среди населения г.Тобольск. Зараженность ротавирусом составляет в группах 0–1 год– 54,7%, 2–15 лет – 28,7%, 16–90 лет – 16,6%. При бессимптомных формах РВИ отсутствует характерная зимне-весенняя сезонность. В июне-июле зараженность взрослых не снижается, детей 1–16 лет – на 27% выше, чем в эпидемические периоды. **Заключение.** Высокие показатели вирусоносительства в теплое время года обусловлены преобладанием авирулентных вариантов ротавируса, вирулентными штаммами у иммунных лиц и заносом новых генотипов вируса, что указывает на повышение гетерогенности вирусных популяций и возможности формирования новых реассортантов и генетических вариантов возбудителя. Бессимптомные формы РВИ служат резервуаром вирусного генофонда, источником новых вариантов вируса и играют главную роль в иммунной селекции эпидемических штаммов и развитии эпидемического процесса.

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ ДОМА РЕБЕНКА

Подлевских Т.С., Попова И.В., Токарев А.Н.
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров

Введение. Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) у детей актуальна в связи с ее распространенностью.

Цель исследования – установить особенности ЦМВИ у детей КОГКУЗ Кировский Дом ребенка.

Материалы и методы. Проанализировано течение ЦМВИ у 26 детей раннего возраста (15 девочек и 11 мальчиков) за период 2017–2019 г.г.

Результаты. Зависимость от пола не установлена, 53,8% составили дети 2-го года жизни; 26,7% родились недоношенными. Диагноз поставлен обнаружением IgM к ЦМВ, у 3 детей (11,5%) одновременно обнаружены маркеры мононуклеоза. В 84,6% ЦМВИ протекала по типу манифестной неспецифической инфекции (острое начало с фебрильной лихорадкой, назофарингит, тонзиллит, увеличение лимфоузлов), у 4 детей (15,4%) афтозный стоматит, у 6 (23%) – пневмония. Анализ крови: лейкоцитоз – 69,2%, моноцитоз – 92,3%. При сочетании с мононуклеозом сдвиг лейкоцитарной формулы влево и повышение СОЭ. Лечение: свечи «Виферон» 10 дней. В 34,6% случаев в течение 2–3 мес. у детей вновь появлялись респираторные симптомы. Составлены планы реабилитации. Трое детей наблюдаются гастроэнтерологом в связи с умеренным повышением АЛТ. Один ребенок взят на учет кардиологом с диагнозом «миокардиопатия» в связи с повышением МВ-креатинфосфокиназы.

Заключение. Своевременные диагностика, лечение и диспансеризация предотвращают нарушения развития, формирующиеся у детей вследствие ЦМВИ.

ПРОФИЛАКТИКА АКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ЛАТЕНТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИНФЕКЦИИ

Слащева Д.М.[1], Петрушина А.Д.[1], Брынза Н.С.[1], Пирогова Н.Д.[2]
[1]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
[2]ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер», Тюмень

Введение. Одним из приоритетных направлений развития здравоохранения в Тюменском регионе является совершенствование оказания фтизиатрической помощи, в том числе профилактических мероприятий среди детей и подростков. Новым подходом в борьбе с туберкулезом может стать использование витамина D (холекальциферола) в качестве средства профилактики латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ) и развития активного туберкулеза у детского населения.

Цель исследования. Изучить влияние витамина D на течение ЛТИ у детей.

Материалы и методы. В группу исследования включены 20 детей (4,55±1,15 лет), находящихся на диспансерном учете в противотуберкулезном диспансере с диагнозом «R76.1 Анормальная реакция на туберкулиновую пробу». Все дети получали превентивную химиотерапию противотуберкулезными препаратами. Перед началом лечения у детей определен уровень 25(OH)D в сыворотке крови. В зависимости от его уровня был назначен витамин D сроком на 3 месяца.

Результаты. Лабораторные тесты показали, что только у 20% обследуемых уровень 25(OH)D составил более 30 нг/мл, у 60% детей выявлена недостаточность, у 20% – дефицит вит. D. После приема препарата вит. D нормальный уровень 25(OH)D отмечен у 90% детей, у 5% – недостаточность и у 5% – дефицит. Анализ динамики туберкулиновых проб до и после приема вит. D показал, что в результате лечения у 40% детей проба с диаскинтестом, была отрицательной, у 20% – папула уменьшилась на 50%, а остальных случаях – менее чем на 25%.

Заключение. Назначение в комплексной терапии вит. D повышает эффективность противотуберкулезных препаратов, позволяет сократить сроки лечения ЛТИ у детей, а также проводить профилактику активных форм туберкулеза. Полученные результаты позволяют рекомендовать включение вит. D в комплексную терапию детям с ЛТИ с учетом уровня 25(OH)D в сыворотке крови.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ФТИЗИАТРОВ К ФОРМУЛЯРУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ДЕТЕЙ ВОЗ

Тилекеева У.М., Ускенбаев Т.Б.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек

Введение. Для повышения качества медикаментозной терапии ВОЗ разработала в 2007г Примерный формуляр для детей, содержащий независимую информацию о более чем 240 лекарственных средствах (ЛС), который пересматривается и обновляется каждые два года. Более того, в 2007г инициатива по производству ЛС в приемлемых детских формах способствовала повышению осведомленности и стимулированию деятельности по улучшению наличия безопасных, эффективных и качественных ЛС для детей.

Цель исследования: изучить приверженность фтизиатров в рутинной клинической практике лекарственному формуляру ВОЗ для детей.

Материалы и методы. Фармакоэпидемиологический анализ назначения ЛС неспецифической фармакотерапии 104 больным туберкулезом детям в стационаре. Референтный источник – лекарственный формуляр ВОЗ для детей 2015г.

Результаты. Общее количество ЛС неспецифической терапии, назначенных 104 больным составило 576, что свидетельствует о полипрагмазии, т.к. в среднем лекарственная нагрузка равна 5,53 ЛС на фоне противотуберкулезных препаратов. Для неспецифической терапии было использовано 51 наименования ЛС из них 66,5% препараты витаминов и общеукрепляющие ЛС, антибиотики 7%, противовоспалительные средства 3,5%, прочие 23%.

В детский формуляр ВОЗ, входят всего 15 ЛС: пиридоксин, тиамин, фолиевая кислота, аскорбиновая кислота, глюкоза, цефтазидим, цефазолин, азитромицин, цефуроксим, цефтриаксон, вальпроевая кислота, ацикловир, лоратадин, парацетамол,-+ преднизолон.

Однако, в детском формуляре ВОЗ рекомендует использовать пиридоксин, тиамин, аскорбиновую кислоту и преднизолон в таблетированной форме, тогда как в реальной клинической практике эти ЛС вводили парентерально.

Значительную часть составили «прочие» ЛС, включающие гепатопротекторы, антиоксиданты, антигипоксанты, общеукрепляющие и другие ЛС, не имеющие доказанной эффективности, безопасности и морально устаревшие.

Заключение. Фтизиопедиатры проявили низкую приверженность к формуляру ВОЗ для детей, большая часть ЛС была назначена в нарушении инструкций по применению, нерациональное использование ЛС, с высоким уровнем полипрагмазии, неоправданным предпочтением парентерального введения ЛС неспецифической терапии. Идеальными для детей признаны адаптируемые твердые оральные лекарственные формы.

ЭКСПРЕССИЯ МАРКЕРОВ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Ханипова Л.В., Кашуба Э.А., Рычкова О.А., Дроздова Т.Г., Огошкова Н.В., Антонова М.В., Семенюк Е.Н.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, ГБУЗ ТО ОИКБ, Тюмень

Введение. Клещевой энцефалит (КЭ) является самой частой природно-очаговой инфекцией в Западной Сибире. Среди госпитализированных, преобладает менингеальная форма КЭ.

Цель исследования – установление изменений показателей клеточного звена иммунитета при менингеальной форме клещевого энцефалита.

Материалы и методы. В исследование включено 68 детей (7–14 лет) с менингеальной формой острого клещевого энцефалита. Всем пациентам проводилось иммунологическое исследование: иммунофе-

нотипирование лимфоцитов периферической крови на первой, второй, третьей неделях болезни.

Результаты. Установлено уменьшение количества CD3+Лф (зрелые Т-лимфоциты) на первой (55,8±4,3, p=0,004) и второй неделях (61,0±3,3, p=0,008) КЭ. Экспрессия общего маркера Т-лимфоцитов, включая Т-коммитированные предшественники – CD7, была снижена на протяжении всего острого периода клещевого энцефалита (51,3 ± 4,3, p=0,007; 55,7 ± 3,5,p= 0,001; 55,3 ± 4,0, p=0,03). Так же, весь период наблюдения отмечалось снижение экспрессии маркеров хелперно-индукторной субпопуляции Т-лимфоцитов CD4 (27,3 ± 3,4, p=0,01; 31,9 ± 1,9, p= 0,01; 30,9 ± 2,4 p=0,02) и цитотоксических лимфоцитов CD8 (23,4 ± 1,6, p=0,01; p= 25,1 ± 1,6, p= 0,01; 22,1 ± 1,9 p=0,004).

Заключение. Для детей школьного возраста при менингеальной форме острого клещевого энцефалита характерно угнетение клеточного звена иммунной системы (снижение экспрессии CD3, CD7, CD4, CD8). Наличие данных изменений может говорить не только об особенностях иммунного ответа, но и способности вируса клещевого энцефалита персистировать в клетках иммунной системы с изменением их рецепторного аппарата.

ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ НАД(Ф) – ЗАВИСИМЫХ ДЕГИДРОГЕНАЗ ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Швайгерт Т.А., Галактионова М.Ю., Куртасова Л.В., Чеснокова Л.Л.

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск

Введение. Лидирующие позиции занимают острые респираторные инфекции, которые могут приводить к деструкции эпителия дыхательных путей и усилению гипериммунной реакции с избыточным воспалительным компонентом.

Высокой информативностью для исследования метаболизма лимфоцитов обладают окислительно-восстановительные ферменты – дегидрогеназы.

Цель исследования – изучение показателей активности НАД(Ф) – зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах периферической крови у детей раннего возраста с рецидивирующими респираторными инфекциями.

Материалы и методы. Обследованы 56 детей в возрасте от 1 года до 3-х лет с рецидивирующими респираторными инфекциями (6 раз и более в году, отсутствие терапии в течение месяца, предшествующего обследованию). Контроль – 20 практически здоровых детей аналогичного возраста.

Мононуклеары выделяли центрифугированием в градиенте плотности фикол – верограденита (p=1,077 г/см3) по методу А. Воуит. Активность НАД(Ф) – зависимых дегидрогеназ лимфоцитов периферической крови изучали биолюминесцентным методом по А.А. Савченко и Л.Н. Сунцовой. Статистическая обработка количественных признаков определялась с помощью пакета прикладных программ <<Statistica v. 6.0>> (StatSoft, Ins., США).

Результаты. При исследовании показателей активности НАД(Ф) – зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах периферической крови у детей с рецидивирующими респираторными инфекциями обнаружено статистически значимое повышение уровня активности 26ФДГ (13,86 +/- 0,88) по сравнению с величинами контрольной группы (2,09 +/- 0,21)

Ферментативная реакция, которая может компенсировать отток субстратов с гликолиза, катализируется 23ФДГ, активность которой повешена в лимфоцитах крови у детей с рецидивирующими респираторными инфекциями.

В лимфоцитах крови у детей с рецидивирующими респираторными инфекциями снижен уровень активности НАДНМДГ (57,36 +/-5,02), относительно показателей контрольной группы (123,04 +/-9,47) , что отражает уменьшение роли малатаспартатного шунта в энергетическом внутриклеточном обмене.

В лимфоцитах крови в группе детей с рецидивирующими респираторными инфекциями наблюдается понижение аэробной реакции ЛДГ, что свидетельствует об ослаблении способности метаболизировать эндогенный лактат при аэробном дыхании, а так же отмечается уменьшение активности ГР – фермента (9,39 +/- 0,47) и контроле (12,37 +/- 0,23) соответственно, участвующего в реакциях глутатионзависимой антиоксидантной защиты клетки и в определенной мере модулирующего пролиферативную активность лимфоцитов.

Заключение. При проведении исследования установили изменения показателей активности НАД(Ф) – зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах периферической крови у детей с рецидивирующими респираторными инфекциями. Полученные нами данные необходимо учитывать при разработке иммунокорректирующих программ у детей раннего возраста с рецидивирующими респираторными инфекциями.

Раздел 13
РАЗНОЕ

THE MEDICAL AND LIVING SITUATION IN FUKUSHIMA AFTER EIGHT YEARS FROM THE SERIOUS NUCLEAR POWER PLANT ACCIDENT

Katsumi Furitsu M.D.Ph.D
National Institutes of Biomedical Innovation, Health and Nutrition, Osaka, Japan

Eight years have passed from the Great East Japan Earthquake and the serious accident at the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plants of the Tokyo Electric Power Company. The victims in Fukushima are still facing with serious health concerns and many difficulties in life, which were caused by the accident, though there is only little media coverage on the issue recently.

Immediately after the accident, the Japanese government gave an order of evacuation from the areas within 20 km from the nuclear power plants. Then, after about one month, the government gave an additional evacuation order just in the area where the radiation dose of people would exceed 20 mSv during the first year. About 100,000 people were evacuated followed by these orders, while as many as four million people have been living in the contaminated area where their dose was estimated to be over one mSv for the first year. It is estimated that more than 50,000 people evacuated by themselves without the government's order, from the areas with the dose over one mSv per a year.

After three years from the accident, the Japanese government started to cancel the order of evacuation in the areas where the estimated dose came down to be less than 20 mSv, even in the area within 20 km from the destroyed nuclear power plants. However, the percentage of people who have retuned home in such area is very low (from several to 50 % at most, depending on the regions) at this moment and most of them are elderly people. Some of the reasons for this situation are that the accident are not completely settled down, there are still radioactive contamination in the area, infrastructures for living are not yet well restored and local communities are not recovered as before. One of the most serious problems in the affected area in Fukushima is the lack of medical staff and medical institutions.

After the accident, the local government started to conduct the health survey of residents, including the thyroid examination with ultrasonography of children who was under 18 years at the time of the accident and the physical and mental examination of evacuees. One of the fundamental problems of this survey is that it is not actually designed as the health care of people who are affected by radiation exposure. Another critical problem is that the government is not officially responsible for this survey.

In this presentation the recent situation of health and life in Fukushima is reported and the possible solutions for the problems are discussed in comparison with Chernobyl accident.

PROBLEMS AROUND THYROID CANCER AFTER THE ACCIDENT AT THE FUKUSHIMA-1 NPP

Yoshida Y.
Chernobyl Health Survey and Healthcare Support for the Victims – Japan Women's Network, Chiba, Japan

Eight years have passed since the catastrophe at the Fukusima-1 NPP in 2011. In October of that year, Fukushima Prefecture launched the Fukushima Health Management Survey to investigate long-term low-dose radiation exposure caused by the accident. The primary purpose of this survey is to monitor the long-term health of residents, promote their future well-being, and confirm whether long-term low-dose radiation exposure has health effects. Thyroid Ultrasound Examination is one of detailed surveys of the Fukushima Health Management Survey. It has been carried out on people who were 18 years old or younger at the time of the catastrophe. Subjects are almost 380 thousand. The examination continues every two years until the age of 20, and at 5 year milestones thereafter. Currently the 4th screening is going on. By the end of last December, 212 cases of thyroid cancer or suspicious malignant case were published.

However, with the passage of time, the rate of those receiving examination aged 18 and older is dramatically decreasing, thus the incidence of thyroid cancer among those young adult generation is unclear. Additionally, it became to be found this examination system cannot grasp the exact number patients.

To correctly estimate the health effects of radiation on the occurrence of thyroid cancer, the current examination system should be reconstructed.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ

Агасян Д.Г., Чулков В.С.
Кафедра факультетской терапии Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Введение. Нарушения ритма сердца (НРС) и проводимости во время беременности могут оказывать потенциально неблагоприятное воздействие на плод и новорожденного.

Цель исследования. Оценить перинатальные исходы у беременных с нарушениями сердечного ритма и проводимости.

Материалы и методы. Тип исследования: когортное с ретроспективной когортой. В исследование включены 224 женщины: в группу 1 вошли 144 беременные с НРС и проводимости, в группу 2 – 80 беременных без НРС и проводимости. Применялись критерии Манна-Уитни, хи-квадрат Пирсона. Статистически достоверными считали значения $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. В структуре нарушений ритма диагностировались синусовая тахи-

кардия (n=61; 42,3%), нижнепредсердный ритм (n=20; 13,9%), суправентрикулярная ЭС (n=11;7,6%), желудочковая ЭС (n=11;7,6%), НЖТ (n=3;2,1%). В структуре нарушений проводимости чаще диагностировались неполная БПНПГ (n=11; 7,6%) и СССУ (n=4; 2,8%). Органической патологии со стороны сердца не было ни у одной женщины. Антиаритмические препараты не назначались в постоянном режиме ни в одном случае. Течение беременности у женщин в группе 1 достоверно чаще осложнялось плацентарной недостаточностью (38,9% vs 15%, p<0,001) и угрозой преждевременных родов (26,4% vs 2,5%, p<0,001). При анализе исходов беременности средний срок родоразрешения в группах был сопоставимым и составил 39 [39–40] недель в группе 1 и 40 [39–40] недель – в группе 2. Весо-ростовые показатели, средний балл по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте оказались сопоставимыми. Преждевременные роды отмечались только в группе 1 (13,9%, p<0,0001). У женщин группы 1 родоразрешение чаще осуществлялось оперативным путем (36,1% vs 15% в группе 2, p<0,001). В группе 1 достоверно чаще встречались такие осложнения со стороны плода и новорожденного, как хроническая внутриутробная гипоксия плода (21,5% vs 7,5% в группе 2, p>0,05), задержка внутриутробного развития (4,2% при отсутствии в группе 2) и признаки недоношенности (13,9% при отсутствии в группе 2).

Заключение. Нарушения сердечного ритма и проводимости во время беременности, несмотря на функциональный характер в преобладающем большинстве случаев, могут оказывать влияние на состояние плода и новорожденного даже при отсутствии постоянного приема антиаритмических препаратов.

ТЯЖЕЛЫЕ МЕТАЛЛЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА

Аксенов А.В.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Высокие уровни загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами отмечаются во многих городах Российской Федерации, в том числе в промышленном центре Южного Урала – городе Челябинске. Среди веществ, которые присутствуют в валовых выбросах в атмосферный воздух от стационарных источников, приоритетными являются тяжелые металлы, в частности, свинец.

Цель исследования – определить содержание тяжелых металлов в сыворотке крови у детей с ювенильным артритом промышленного города Челябинска.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 60 детей с ювенильным артритом, включающее в себя исследование в сыворотки крове цинка и свинца методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии. Контрольную группу составили 20 здоровых детей аналогичного возраста, проживающих в городе Челябинске.

Результаты. В исследуемой нами группе детей с ювенильным артритом было выявлено статистически значимое снижение содержания цинка (p<0,05), что объясняется его повышенным потреблением на реализацию аутоиммунного воспаления, и повышение уровня свинца (p<0,05), что может быть связано с высоким индустриальным загрязнением и выбросами автомобильного транспорта.

Заключение. Для детей с ювенильным артритом, проживающих в промышленном городе Челябинске, характерно снижение содержания цинка в сыворотке крови, что отражает степень активности иммунного воспаления и повышение уровня свинца, что закономерно, в связи с высоким индустриальным загрязнением и выбросами автомобильного транспорта.

ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА ТЕЛА (ЖИРОВОЙ МАССЫ) У МАЛЬЧИКОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НОРМАЛЬНЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

Бекезин В.В., Дружинина Т.В., Цветная И.Н., Аленин Д.А., Зайцев Н.А.
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск

Введение. Донозологическая диагностика одного из факторов риска артериальной гипертензии – ожирения, является на сегодняшний день актуальной, особенно в детском и подростковом возрасте.

Цель исследования – изучить особенности состава тела (жировой массы) по данным биоимпедансометрии у мальчиков подросткового возраста с артериальной гипертензией (АГ) и нормальным индексом массы тела (ИМТ, кг/м^2).

Материалы и методы. На подготовительном этапе выявили, что нормальный ИМТ диагностировался у 18,75 % юношей со стабильной АГ и у 38,46 % – с лабильной АГ. Методом случайной выборки в исследование были включены 39 школьников 14–17 лет с артериальной гипертензией и нормальным индексом массы тела (-1SD<ИМТ>+1SD). 1-ю группу составили 9 юношей со стабильной АГ. Во вторую группу вошли 30 подростков с лабильной АГ. АГ диагностировали по анамнестическим данным и результатам суточного мониторирования АД (СМАД), проводимого на аппарате BPLab (Россия). Состав тела оценивали методом биоимпедансометрии (БИМ) на аппарате Медасс (Россия).

Результаты. Проведенный анализ результатов БИМ (оценка процента жировой массы тела – % ЖМТ) показал, что у 100 % юношей со стабильной АГ регистрировались повышенные значения % ЖМТ,

свидетельствующие об ожирении. При этом у 18 подростков с лабильной АГ (60 %) по данным БИМ (% ЖМТ) определялось ожирение, у 6 юношей (20 %) – избыточная массы тела и еще у 6 подростков (20 %) – нормальная масса тела (норма). По данным % ЖМТ у юношей с АГ (1-я и 2-я группы) в 84,62 % случаев выявлялось «скрытое» ожирение, т.е. увеличенное содержание жировой массы тела (% ЖМТ) при нормальных значениях индекса массы тела (кг/м²). У мальчиков 1-й группы % ЖМТ превышал аналогичный параметр у юношей 2-й группы в 1,56 раза (p<0,05).

Заключение. Таким образом, у 30,9 % мальчиков подросткового возраста с артериальной гипертензией регистрируются нормальные значения ИМТ, при этом у 84,62 % из них определяется по данным биоимпедансометрии «скрытое» ожирение. Избыток жировой массы тела у юношей подросткового возраста со «скрытым» ожирением является одним из факторов высокого кардиоваскулярного риска.

БИОИМПЕДАНСНЫЙ АНАЛИЗ В ОЦЕНКЕ РИСКА ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Бекезин В.В., Дружинина Т.В., Короткая Н.Н., Цветная И.Н., Волкова Е.А., Пересецкая О.В.
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск

Введение. Широкая распространенность и рост частоты неалкогольной жировой болезни печени обусловливают необходимость своевременной профилактики и раннего выявления стеатоза печени, что, безусловно, должно проводиться преимущественно с использованием неинвазивных методов диагностики (особенно у детей и подростков).

Цель исследования – определить риск развития жирового гепатоза в зависимости от процента жировой массы телы (% ЖМТ) по данным биоимпедансометрии (БИМ) у подростков с избыточной массой тела (ИМТ).

Материал и методы. Критериями диагностики жирового гепатоза у детей подросткового возраста (10–17 лет) являлись: избыточная масса тела (+1 SD < индекс массы тела (кг/м²) > + 2 SD), эхо-признаки жировой инфильтрации печени по данным УЗИ (гепатомегалия, неоднородность паренхимы, ослабление ультразвукового сигнала в дистальных отделах печени, обеднение сосудистого рисунка), плотность печени F_1-F_2 (по шкале Metavir) по данным эластографии, отсутствие цитолиза (АЛТ и АСТ не увеличены), атерогенная дислипидемия (при наличии), исключение других причин жировой инфильтрации печени (дообследование по показаниям). Методом случайной выборки в исследование были включены 38 школьников с жировым гепатозом и избыточной массой тела (1-я группа) и 46 подростков с ИМТ без жирового гепатоза (2-я группа). Состав тела оценивали методом биоимпедансометрии (БИМ) на аппарате Медасс (Россия). Эластометрию печени проводили на аппарате «FibroScan» (Франция).

Результаты. В ходе проведенного анализа было выявлено, что значение процента жировой массы тела (% ЖМТ) по данным БИМ, превышающее + 2 SD % ЖМТ (с учетом возраста и пола), регистрировалось у 34 подростков (89,5 %) 1-й группы и у 18 подростков (39,1 %) 2-й группы (p<0,05). Статистический расчет относительного риска развития жирового гепатоза у детей подросткового возраста с ожирением в зависимости от уровня показателя БИМ (% ЖМТ) показал, что риск развития жирового гепатоза у подростков с ИМТ и % ЖМТ > + 2 SD в 2,28 раза выше (p<0,05), чем у подростков с ИМТ и % ЖМТ ≤ + 2 SD. Данный критерий риска имел высокие значения чувствительности (0,654) и специфичности (0,875).

Заключение. Таким образом, подростки с избыточной массой тела (по данным индекса массы тела) и высокими значениями % ЖМТ (по данным биоимпедансного анализа) должны относиться в группу высокого риска по развитию жирового гепатоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛОНГИТУДИНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТАВА ТЕЛА ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ Г. СМОЛЕНСКА

Бекезин В.В., Дружинина Т.В., Олейникова В.М., Цветная И.Н., Козлова Л.В., Аленин Д.А., Зайцев Н.А.
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск

Введение. Биоимпедансный анализ состава тела на сегодняшний день является одним из скрининговых неинвазивных методов диагностики «скрытого» ожирения у детей и подростков.

Цель исследования – изучить по данным лонгитудинального (5-летнего) исследования (2014–2018 гг.) Центра здоровья детей г. Смоленска распространенность «скрытого» ожирения у детей и подростков в зависимости от возраста и пола.

Материалы и методы. Состав тела оценивали методом биоимпедансометрии (БИМ) на аппарате Медасс (Россия) в Центре здоровья детей г. Смоленска. Всего за 5 лет первично обследовано 2676 детей (10–14 лет) и подростков (15–17 лет). «Скрытое» ожирение диагностировали при увеличенном содержании процента жировой массы тела (% ЖМТ) по данным БИМ у лиц с нормальным значением индекса массы тела (-1SD<ИМТ>+1SD; кг/м²).

Результаты. По результатам исследования «скрытое» ожирение было выявлено у 475 детей и подростков из 1356 обследованных с нормальным

значением ИМТ. При этом скрытое ожирение регистрировалось у 29,2 % детей (у 264 из 904) и 46,7 % подростков (у 211 из 452). Было выявлено, что «скрытое» ожирение определялось у 38,8 % девочек (у 281 из 724) и у 30,7 % мальчиков (у 194 из 632).

Заключение. Таким образом, «скрытое» ожирение регистрируется в 1,59 раз чаще у подростков, чем у детей (p<0,05) и в 1,26 раза чаще у девочек, чем у мальчиков. Избыток жировой массы тела у детей и подростков со «скрытым» ожирением является одним из факторов высокого кардиоваскулярного риска.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ РЕТРОБУЛЬБАРНОЙ БЛОКАДЫ 0,5 % РОПИВАКАИНОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ЭНУКЛЕАЦИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У ДЕТЕЙ С РЕТИНОБЛАСТОМОЙ.

Белоусова Е.И., Матинян Н.В., Мартынов Л.А., Ушакова Т.Л., Гьокова Е.В.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Цель: В настоящем исследовании мы исследовали эффективность и безопасность ретробульбарной блокады ропивакаином 0,5% для профилактики окулокардиального рефлекса (ОКР) и послеоперационной боли, а так же послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР) при операции энуклеации глазного яблока.

Методы: Проспективное рандомизированное клиническое исследование. Сто пациентов, которым планировалось проведение операции энуклеации по поводу опухолевого заболевания ретинобластомы, были рандомизированы на группу РБ (ретробульбарной блокады ропивакаином 0,5% на фоне проведения общей анестезии N=50) и группу контроля (общая анестезия N=50). Для всех случаев была выполнена стандартная операция. Между двумя группами было проведено сравнение и оценка распространенности и тяжесть ОКР, интенсивности послеоперационной боли с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), частоты послеоперационной рвоты.

Результаты: тяжесть ОКР (среднее снижение сердечного ритма в группе РБ 6,1 против 38,7 в минуту, Р <0,005 из них потребовавших введения атропина 10%) и количество случаев (5% против 100%, Р = 0,002)были значительно ниже в группе исследования по сравнению с показателями в контрольной группе. Оценки послеоперационной боли были значительно ниже в группе РБ, чем в контрольной группе (средний балл ВАШ 2 против 5,9 через 60 минут после операции, Р <0,001). ПОТР в течении 6 часов после оперативного вмешательства в группе РБ не отмечалась, а в группе контроля отмечалась в 12 % случаев. Осложнений в группе РБ связанных с методикой проведения отмечено не было.

Выводы: ретробульбарная блокада ропивакаином 0,5% в качестве местного анестетика может значительно уменьшить частоту ОКР и уменьшить тяжесть брадикардии. Этот метод также может уменьшить интра и послеоперационную боль у пациентов, а так же частоту послеоперационной тошноты и рвоты.

Ключевые слова: Ропивакаин; Окулокардиальный рефлекс; Боль; Ретинобластома, Энуклеация

СИНДРОМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ

Воропай Л.А., Воропай Н.Г., Грибанова А.С., Ращупкина Т.С.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск

Введение. Одной из причин болей в суставе у детей является аномально увеличенный объем движения сустава. Чаще гипермобильность является доброкачественным клиническим проявлением, однако суставной синдром требует проведения дифференциальной диагностики.

Цель исследования – уточнение критериев диагностики синдрома гипермобильности суставов в детском возрасте.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 56 детей в возрасте 9–11 лет, обратившихся с жалобами на боли в суставах. Для верификации суставного синдрома использовались клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики. По данным анамнеза артралгии, чаще коленных и голеностопных суставов, усиливались преимущественно в вечернее время; давность жалоб составляла от 6 до 12 месяцев. Отягощенная наследственность по заболеваниям соединительной ткани выявлена у 19,6%; в 83,9% семей имелись жалобы на суставной синдром.

Результаты. Все пациенты связывали болевой синдром с физической нагрузкой; спортивной гимнастикой занимались 10,7%, спортивными танцами 8,9%, в балетной школе 5,4%. При осмотре у всех детей объем движений в суставах был полностью сохранен, деформации суставов не зафиксировано. Подвывихи голеностопных суставов диагностированы в 37,4% случаев, плоскостопие 51,8%, сколиоз 46,4%, пролапс митрального клапана 44,6%, аномалия хордального аппарата 35,7%, стрии 23,2%. По результатам лабораторных исследований и УЗИ суставов признаков воспаления не выявлено. Исключены ювенильный идиопатический артрит, туберкулез, клещевой боррелиоз, иерсиниоз, сальмонеллез, хламидиоз.

Заключение. Синдром гипермобильности суставов является диагнозом исключения. Диагностическими критериями являются артралгии без признаков воспаления и лабораторной активности, боли в суставах имеют хронический характер, функция суставов остается сохранной, особенностью артралгии является сочетание с другими проявлениями дисплазии соединительной ткани.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Герасимчик О. А., Гирш Я.В.
БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут

Введение Развитие ожирения в детской возрастной группе определяет появление значимых нарушений обменов веществ уже в подростковом возрасте, которые закономерно ведут к развитию сердечно – сосудистой патологии, сахарному диабету 2 типа, болезням суставов, бесплодию, жировому гепатозу и другим заболеваниям

Цель исследования – оценка метаболического статуса у подростков с избыточной массой тела и ожирением, с учетом гендерных особенностей.

Материалы и методы. В исследование включены 170 подростков 12-17 лет (14,2±2,2). Проведен анализ антропометрических данных подростков. С учетом веса, роста, возраста и пола подростки разделены на 2 группы и группу контроля. В группу подростков с избыточной массой тела включены 54 пациента (группа 1), с ожирением 79 подростков (группа 2) и 37 подростков с нормальной массой тела – группа сравнения (контроля).

Для определения нарушений углеводного и липидного обменов, использовали сыворотку крови 170 пациентов 3 групп исследования.

Результаты. В группе подростков с избыточной массой тела преобладали мальчики 54%, девочек 46%, в группе с ожирением 57% лиц мужского пола и 43% женского пола, в контрольной группе преобладали девочки 51%, против 49%.

Оценка гендерных различий показала, что у мальчиков во всех группах уровень гликемии выходил за нормы референсных значений, в отличие от девочек. Максимальный показатель гликемии зафиксирован через 30 мин после проведения орального глюкозотолерантного теста, у мальчиков с ожирением, и составил 9,3 ммоль/л. Через 180 минут во всех исследуемых группах показатель гликемии соответствовал норме, с максимумом у лиц мужского пола (5,1 ммоль/л).

У подростков с ожирением и избыточной массой тела выявлен высокий уровень инсулина натощак. Показатель базального инсулина был выше исходного уровня инсулина группы контроля, в группе 1 в 2 раза, в группе 2 – в 2,3 раза.

Нарушение липидного спектра достоверно чаще отмечалось у лиц мужского пола, также чаще встречались отклонения от нормы сразу по нескольким показателям, что в дальнейшем может привести к развитию атеросклероза и кардиоваскулярной патологии у мужчин молодого возраста.

Заключение. Оценка метаболического статуса подростков с избыточной массой тела и ожирением показала, что у лиц мужского пола выявлены более значимые нарушения углеводного и жирового обменов, в сравнении с пациентами женского пола такой же массы тела.

ПАТОЛОГИЯ ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА В ДЕТСКОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ И ВИТАМИН D – ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

Гирш Я.В., Ходченко Е.В.
БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», Сургут

Актуальность. Острые и хронические воспалительные заболевания лимфоидного глоточного кольца – это наиболее частые заболевания носоглотки у детей. Недостаточность и дефицит витамина D является фактором повышающим риск возникновения этих состояний.

Цель исследования: оценка связи острых и хронических заболеваний лимфоглоточного кольца в детской возрастной группе с обеспеченностью витамином D.

Материалы и методы. Обследовано 73 ребенка в возрасте от 1 до 15 лет, проживающих в Краснодарском крае, на амбулаторном приеме врача педиатра и оториноларинголога, с острыми воспалительными заболевания носоглотки. Дана оценка данным анамнеза, клинической картины заболевания, физикальным данным. Уровень **25(OH)D** определялся в сыворотке крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Пациенты были разделены на 2 группы: 1 – дети с уровнем витамина D в пределах референсных интервалов, 2 – дети с недостаточностью и дефицитом витамина D.

Результаты исследования. У 27 (37%) пациентов уровень витамина D находился в пределах референсных значений. Группа-1, группа сравнения. У 46 пациентов (63%) недостаточность и дефицит витамина D. Это 2я группа. 2-ая группа была не однородна, недостаточность витамина D выявлена у 30 (41%) детей и дефицит у 16 (21%).

Оценка данных анамнеза во 2-ой группе пациентов показала, что витамин D в возрасте до 1-го года жизни в профилактической дозе (1000 МЕ) получали 32 (69%) ребенка, с 1 года до 3 лет – только 17

(37%) детей. В сравнении, в 1-ой группе до 1 года жизни получали профилактическую дозу препарата 20 (74%) человек и 17 (63%) человек от 1 года до 3-х лет (p<0,005).

В группе детей с недостаточностью витамина D гипертрофия небных миндалин и глоточной миндалины выявлена у 26 (56%) человек. В группе детей с достаточным уровнем витамина D – у 11 детей (40%).

Таким образом, среди пациентов с острой патологией носоглотки, преобладали дети с недостаточностью и дефицитом витамина D. В группе детей с пониженным содержанием и дефицитом витамина D выявлено большее число пациентов с хроническими заболеваниями лимфоглоточного кольца. При этом, меньший процент детей из этой группы получали необходимую профилактическую дозу холекальциферола в первые годы жизни. Группа детей с достаточным содержанием витамина D характеризовалась более длительным получением профилактической дозы витамина D и меньшей частотой хронической патологии носоглотки.

АДИПОЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Гродникова М.И., Прилуцкая В.А., Сукало А.В., Александрович А.Ю., Дашкевич Е.И.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Введение: Ожирение и избыточная масса тела (избМТ) у матери могут приводить к осложнениям беременности, отклонениям в физическом развитии (ФР) их новорожденных.

Цель исследования: выявить особенности антропометрического и адипоцитокинового статусов новорожденных от матерей с избыточной МТ/ожирением.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 48 доношенных новорожденных. Дети разделены на 2 группы: 1-я (Гр1) – от матерей с прегравидарными избМТ/ожирением (n=18, ИМТ 32,0±4,0 кг/м^2, гестационная прибавка массы тела (МТ) 14,5±5,8 кг), контроля (ГрК) – от матерей с нормальной МТ (n=30, ИМТ 21,9±2,5 кг/м^2, прибавка 10,2±2,3 кг). Группы детей сопоставимы по полу и гестационному возрасту.

Результаты: Средние МТ и z-score МТ новорожденных Гр1 были достоверно выше (3645 (3400; 3790) и 3120 (3100; 3160) г в ГрК, p=0,020; z-score МТ 0,60 (0,11; 1,10) и -0,47 (-0,57; -0,16) соответственно, p=0,012). Длина тела (ДТ) детей Гр1 была 53,0 (52,0; 54,0) см, ГрК 51,0 (50,0; 53,0); z-scoreДТ – 1,65 (1,53; 2,17) и 0,59 (0,46; 1,65). ИМТ равен 13,1 (12,6; 13,3) и 12,0 (11,7; 12,0) кг/м^2, p=0,007; z-score ИМТ – -0,26 (-0,68; -0,11) и -1,18 (-1,29; -1,14), p=0,007. Уровни лептина пуповинной крови составили 17,44 (7,26; 20,42) нг/мл в Гр1 и 4,86 (2,19; 8,02) в ГрК, p=0,006; адипонектина – 18,20 (14,17; 26,22) и 10,67 (9,15; 12,00) мкг/мл; ИФР-1 – 114,43 (91,11; 120,55) и 42,67 (39,12; 48,05) нг/мл, p=0,002. Уровни лептина сыворотки на 3–7 сут жизни были 0,75 (0,37; 1,13) и 0,58 (0,40; 0,77) нг/мл; адипонектина – 19,65 (15,56; 23,75) и 11,55 (9,15; 12,00), p=0,034; ИФР-1 – 68,11 [47,16; 89,07] и 38,08 [33,40; 58,12] нг/мл. В Гр1 выявлены положительные корреляционные взаимосвязи между лептинемией и МТ детей (r=0,67, p=0,001), МТ матерей (r=0,43, p=0,036). У крупновесных детей от матерей с избМТ/ожирением корреляционная зависимость прослежена между ИФР-1 и z-score МТ (r=0,65, p<0,01), между ИФР-1 и ДТ (r=0,58, p<0,05).

Заключение: При наличии избМТ/ожирения у матери достоверно чаще наблюдались отклонения как прямых, так и производных показателей ФР детей. У этой категории детей выявлен адипокиновый дисбаланс при рождении и в раннем неонатальном периоде, установлена корреляционная зависимость между уровнями лептина новорожденных и МТ матерей.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛАКТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У СОВРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Гуменюк О.И., Черненков Ю.В.
ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, Саратов

В настоящее время эксперты ВОЗ рекомендуют продолжать грудное вскармливание до 2 лет, а может быть и дольше, Американская академия педиатров – до возраста 1 года, а далее – так долго, как хотят мама и ребенок. Это связано с тем, что грудное вскармливание в течение года и более является протективным фактором развития различных заболеваний.

Цель работы: выявить особенности лактационного периода современных женщин.

Пациенты и методы. Проведено анкетирование 193 женщин, кормивших грудью своих детей.

Результаты. Средний возраст анкетируемых составил 25,9±4,8 лет. Средняя продолжительность лактационного периода составила 11,1±5 месяцев, время пребывание ребенка у груди – 19±4,1 минут. Синдром длительных, непрерывных кормлений («cluster feedings», «bunch feedings») отмечался в 3% случаев. Анализ анкет показал, что до 3-х месяцев получают исключительно грудное вскармливание 12%; до 6-ти месяцев – 27%; до 12-ти месяцев – 38%; до 2- лет – 20%; до 3-х лет – 3% детей и более 3-х лет – 1 ребенок. Лактостаз диагностировался у 65% женщин, основными его причинами были: неправильная организация грудного вскармливания (35%), стресс и переутомление лактирующих матерей (50%). При лактостазе женщины, в основном, за помощью

обращались к родственникам и знакомым (в 48% случаев); к неонатологам и участковым педиатрам (в 32% случаев); к акушерам-гинекологам (в 10% случаев) и к маммологу или хирургу (в 5% случаев). К Интернет-ресурсам (сайты консультантов по грудному вскармливанию), телефонам «горячей линии по вопросам грудного вскармливания», медицинской и популярной литературе обращалось всего 1% женщин с лактостазом.

Заключение. Менее половины женщин кормят грудью своих детей до возраста 1 года, менее трети – до 2 и более лет. В настоящее время встречается синдром длительных, непрерывных кормлений, характерный для женщин с повышенной тревожностью. Более половины женщин за период лактации испытывают проявление лактостаза, по поводу которого лишь 42% из них обращаются к специалистам. Отмечен крайне низкий процент женщин, информированных о специализированных сайтах и «телефонов горячей линии» по вопросам грудного вскармливания. Все выше сказанное диктует необходимость модернизации и рациональной маршрутизации лактирующих женщин.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕТСКОЙ АДАПТИРОВАННОЙ КИСЛОМОЛОЧНОЙ СМЕСИ У ДЕТЕЙ 6-9 МЕСЯЦЕВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАПОРАМИ.

Давыдова А.Н.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград

Введение. Проблема запоров в раннем возрасте остается актуальной. Диетотерапия детей с функциональными запорами, находящихся на искусственном вскармливании требует тщательного выбора смеси. Одним из вариантов питания для таких пациентов являются кисломолочные смеси. Цель исследования – оценка клинической эффективности детских адаптированных кисломолочных смесей у детей раннего возраста с функциональными запорами. Материалы и методы. В исследование включено 47 детей в возрасте от 6 до 9 месяцев с запорами, находящихся на искусственном вскармливании. Всем пациентам проводилось рутинное клинико-лабораторное обследование после исключения органических причин запоров, УЗИ органов брюшной полости. После обследования дети получали кисломолочную смесь с оценкой клинической эффективности через 2 недели, 1 и 3 месяца. Результаты. В данной группе пациентов у 14 были выявлены аномалии развития желчного пузыря (у 11 из них – признаки холестаза). Именно у этих пациентов запоры носили стойкий характер с задержкой стула до 72 часов. 33 ребенка имели незначительные отклонения, обнаруженные при микроскопии кала и не требовали назначения медикаментозной поддержки. Пациенты с признаками холестаза в дополнение к кисломолочной смеси получали желчегонные препараты на протяжении 2 недель. Заключение. При возникновении запоров у детей раннего возраста требуется тщательное обследование для исключения органической патологии. Для пациентов с функциональными запорами, находящимися на искусственном вскармливании одним из вариантов диетотерапии является использование кисломолочной смеси в качестве базового рациона в сочетании с продуктами прикорма, соответствующими возрастным потребностям.

БИОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ДИСПЛАСТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Дубовая А.В., Кравченко А.И.
Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, Украина

Введение. Частота возникновения у детей диспластической нестабильности шейного отдела позвоночника (ДНШП) ежегодно увеличивается, что может быть обусловлено неблагоприятным влиянием факторов внешней среды.

Цель исследования – оценка биоэлементного статуса детей с ДНШП.

Материалы и методы. Содержание 33 химических элементов (15 эссенциальных, 4 условно эссенциальных, 8 токсичных, 6 потенциально токсичных) в организме 97 детей (54 мальчика и 43 девочки) с ДНШП и 35 здоровых сверстников (17 мальчиков и 18 девочек) определяли по их уровню в волосах методами атомно-абсорбционной спектрометрии и атомно-эмиссионной спектрометрии в индуктивно-связанной плазме.

Результаты. У детей с ДНШП статистически значимо чаще документировано превышение допустимой концентрации токсичных химических элементов (ХЭ) в сравнении со здоровыми сверстниками (74,6% и 17,1%, $p<0,01$): бария (70,5%), кадмия (52,3%), свинца (43,2%), алюминия (25,0%), ртути (20,5%), висмута (6,8%). У больных с ДНШП статистически значимо чаще зарегистрировано превышение допустимой концентрации потенциально токсичных ХЭ в сравнении со здоровыми детьми (49,2% и 25,7%, $p<0,05$): стронция (51,7%), никеля (34,5%), лития (6,9%), мышьяка (3,4%). У детей с ДНШП статистически значимо чаще констатирован дефицит эссенциальных ХЭ в сравнении со здоровыми сверстниками (93,8% и 68,6%, $p<0,05$): магния (100,0%), марганца (86,6%), кальция (85,6%), калия (81,4%),

селена (79,4%), хрома (75,3%), йода (72,2%), железа (70,1%), фосфора (62,9%), цинка (58,8%), серы (49,5%), меди (43,3%), натрия (40,2%), молибдена (9,3%). У больных с ДНШП статистически значимо чаще документирован дефицит условно эссенциальных ХЭ в сравнении со здоровыми детьми (86,6% и 54,3%, $p<0,01$), при этом у всех детей с ДНШП констатирован дефицит кобальта, у 69,1% – бора, у 60,8% – кремния, у 8,2% – ванадия.

Заключение. У детей с ДНШП статистически значимо чаще в сравнении со здоровыми сверстниками документировано превышение допустимой концентрации токсичных ХЭ (74,6%), потенциально токсичных ХЭ (49,2%), дефицит эссенциальных (93,8%) и условно эссенциальных ХЭ (86,6%), что позволит оптимизировать лечебно-реабилитационные мероприятия у данной категории пациентов.

ОЦЕНКА СООТВЕТСТВИЯ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НАЦИОНАЛЬНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ

Елкина Т.Н., Суровикина Е.А., Иноземцева Е.В., Шуваева Т.А.
ФГБОУ ВО НГМУ МЗ России, Новосибирск

Введение. Питание детей раннего возраста имеет первостепенное значение для правильного роста и развития детей. Цель исследования – изучение фактических рационов детей раннего возраста и их соответствие национальным рекомендациям. Материалы и методы. По разработанному опроснику проанкетированы 65 родителей здоровых детей в возрасте 12–36 месяцев. Результаты. Средний возраст детей составил 1,9(+0,3) месяцев. С рождения на естественном вскармливании находились 67,8%, на искусственном 19,7%, смешанном 12,5%. В возрасте 12 месяцев помимо прикормов грудное молоко получали 48%, молочные смеси 33,4%, и то и другое 19,6%. 94,6% прикормы начали вводить в 4–6 месяцев, в 7 месяцев- 1,8%, ранее 4 месяцев -3,6%. Первым прикормом чаще отмечены фруктовые соки (33,9%), фруктовые пюре (25%), овощные пюре (25%), реже – каши (12,5%), кефир (1,8%), мясное пюре (1,8%). Раньше года соль стали вводить для приготовления блюд 26,8%, сахар 30,3%. Конфеты до 3 лет давали ребенку 35,7%, из них раньше года 5,3%. Средний возраст введения конфет- 1 год 3 месяца. Старше года ежедневно в рационе присутствовали: каша – 90%, овощи – 95%, фрукты – 85%, мясные/куриные блюда – 83%, рыбные блюда – 58%, творог – 49%, молоко – 54%, кефир-24%. Использование «не детских продуктов»: майонез 69% (ежедневно 9%); кетчуп 14% (ежедневно 3%), чипсы 9% (ежедневно1,6%), конфеты 35,7% (1,5% ежедневно), шоколад 36,4% (ежедневно 4,6%), газированные напитки 33,3% (ежедневно 4,6%). Специализированные продукты давали 2–3 раза в неделю 9%. Периодические отказы от еды отмечены у 66,2% детей. Выводы: обнаружен большой процент детей на искусственном и смешанном вскармливании; эпизоды нарушения сроков и этапности введения прикормов; предпочтение фруктового прикорма в качестве первого прикормам, более ценными по калоражу и нутриентам (овощное пюре, каши); раннее использование соли, сахара и «не детских» продуктов; игнорирование специализированных продуктов, в ряде случаев неоптимальное формирование меню, несоответствие национальным рекомендациям, и как возможный итог – нарушение формирования пищевых стереотипов и периодические отказы от приемов пище у 2/3 детей.

СТАТУС ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЮЖНОГО РЕГИОНА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Жданова И.А.
ГБУЗ “Детская краевая клиническая больница”, Краснодар

Введение. Многочисленные исследования зарубежных и отечественных авторов свидетельствуют о широкой распространенности сниженной обеспеченности витамином D среди детей и подростков. По данным И.Н.Захаровой 66% детей в РФ имеют недостаточный уровень витамина D

Цель исследования- изучить обеспеченность витамином D у детей и подростков с заболеваниями ЖКТ и коморбидной патологией, проживающим в Краснодарском крае. Материалы и методы. В исследование включено 38 детей в возрасте от 4,5 месяцев до 17 лет (8,3±7,2), по полу: 23 мальчика (60,5%) и 15 девочек (39,5%), жителей города-32 (84,2%) и 6 (15,8%) села. По возрасту до 3-х лет-10 детей (26,3%), 3–7 лет-10 (26,3 %) и 18 (47,4 %) детей школьного возраста. Всем пациентам определен статус витамина D. Результаты. У 19 (50%) детей выявлена патология органов пищеварения, у 10 (26,3%) – коморбидная патология, 5 (13,2%) – аллергические заболевания, 4 (10,5%) – заболевания щитовидной железы. У 10 (26,3%) основное заболевание сочеталось с герпетической инфекцией. Из числа детей с заболеваниями органов пищеварения у 5 (26,3 %) – хр. гастродуоденит, ассоциированный с хеликобактерной инфекцией, у 2 (10,5 %) – болезнь Жильбера, у 12 (63,2 %) дисфункция билиарного тракта и функциональный запор. У 8 (42,1%) – латентный дефицит железа, у 4 (21%) – анемия легкой степени. У 23 (60,5%) детей выявлен гельмитоз, из них в 15 (62,5%) случаях был подтвержден лямблиоз.

Средний уровень 25 (OH)Д в сыворотке крови составил 16,8±12 нг/мл. Недостаточность витамина D выявлена у 14 (36,8%) детей, преобладание дефицита у 19 (50 %), тяжелый дефицит – у 5 (13,1%)

детей. Самые низкие показатели статуса витамина D у детей старше 15 лет (11,5±6) нг/мл.

Заключение. У детей проживающих в южном регионе РФ, выявлен дефицит витамина D у 63,2%. Скрининг и ликвидация дефицита витамина D у детей и подростков смогут снизить риск развития хронических заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ЭКЗОГЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Жданова О.А., Батищева Г.А., Карпушкина Е.С., Петухова Ю.А.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Введение. В последние годы увеличивается частота отравлений у детей. В раннем детском возрасте отравления происходят по недосмотру родителей. Подростки часто осознанно самостоятельно принимают лекарственные препараты с суицидальной целью. Отравления могут приводить к тяжелым последствиям, так как отличаются быстротой развития симптоматики и нарушением функции жизненно важных органов.

Цель исследования – изучить особенности отравлений у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 127 историй болезни детей с экзогенными отравлениями, поступивших в Воронежскую областную детскую клиническую больницу №1 в 2016–2018 гг. Мальчиков было 58 человек (45,7%), девочек – 69 (54,3%). Учитывали возраст детей, вид и путь отравления, характер медицинской помощи, исход.

Результаты. Среди всех пациентов преобладала группа детей дошкольного возраста, из них 10 детей (7,9%) были в возрасте до 1 года, 75 пациентов (59,1%) – 1- 4 лет и 13 детей (10,2%) в возрасте 4–7 лет. В данной возрастной группе отравления лекарственными препаратами составили 69,4% (68 детей), средствами бытовой химии, удобрениями и промышленными ядами – 10,2% (10 детей), ядовитыми грибами и растениями – 5,1% (5 пациентов). Указанные отравления носили случайный характер и происходили по недосмотру родителей. В остальных случаях отмечались отравления угарным и бытовым газом, продуктами горения. Среди школьников отравления чаще встречались у детей 11–17 лет – 22 пациента (17,3%) и носили преднамеренный характер. Отравления алкоголем были у 7 детей (31,8%), курительными смесями (спайс) – у 5 пациентов (22,7%), остальные дети принимали лекарственные препараты – барбитураты и бензодиазепины – 6 детей (27,3%), другие лекарственные средства с целью суицида – 4 человека (18,2%). Реже всего поступали с отравлениями дети 7–11 лет – 7 пациентов (5,5%). У них отмечались отравления угарным и бытовым газом, грибами, змеиным ядом.

Заключение. Изучение состояния проблемы экзогенных отравлений у детей позволит проводить профилактические мероприятия по снижению числа случаев отравлений и их последствий.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Жданова О.В., Чулков В.С.
Кафедра факультетской терапии Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Введение. Нормализации артериального давления (АД) у беременных с артериальной гипертензией (АГ) связана с более низкой частотой тяжелой АГ, однако, остается дискутабельным, может ли снижение АД ухудшать рост плода и увеличивать перинатальную смертность и заболеваемость.

Цель исследования. Проанализировать перинатальные исходы у беременных с артериальной гипертензией в зависимости от достижения целевого артериального давления.

Материалы и методы. Тип исследования: когортное проспективное. В исследование включены 200 женщин с АГ: в группу 1 вошли 103 беременные, не достигшие целевого АД (< 140/90 мм рт.ст. к 27–28 неделям гестации), в группу 2 – 97 беременных, достигшие целевых показателей АД. Применялись критерии Манна-Уитни, хи-квадрат Пирсона. Статистически достоверными считали значения $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. При оценке течения гестации было выявлено, что у женщин из группы 1 в сравнении с группой 2 беременность чаще осложнялась синдромом задержки роста плода (14,6% vs 2%, $p=0,004$) и преэклампсией (27,2% vs 3,1%, $p<0,001$). В группе 1 беременность чаще заканчивалась преждевременными индуцированными родами в сравнении с группой 2 (35% vs 5,4%, $p<0,001$). Только в группе 1 встречалась антенатальная гибель плода (4,9%, $p=0,06$). Масса детей при рождении составила 2783±762 г – в группе 1 и 3393±432 г – в группе 2 ($p<0,001$), рост новорожденных был 48,1±5,2 см и 51,6±2,3 см в 1 и 2 группах соответственно ($p<0,001$). Рождение маловесных детей (<2500 г) отмечено в каждом четвертом случае в группе 1 (24,3% vs 2,9%, $p<0,001$).

Заключение. У пациенток с достижением целевых уровней артериального давления к началу третьего триместра беременности отмечаются более благоприятные перинатальные исходы по сравнению с группой без достижения целевого артериального давления. В этой группе часто встречаются

маловесные дети и регистрируются случаи антенатальной гибели плода.

ДЕТИ С ТЯЖЕЛОЙ НЕЙРОТРАВМОЙ: ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Закрепина А.В.[1,2], Сиднева Ю.Г.[2,3], Стребелева Е.А.[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования» (ИКП РАО), Москва, Россия

[2]ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» (НИИ НДХ и Т) ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

[3]ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им.акад. Н.Н.Бурденко» Минздрава РФ, Москва, Россия

Введение. В исследовании выявлены основные факторы проявления психической активности у детей с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ). Группы факторов демонстрируют «чувствительные» зоны психической активности детей при тяжелой травме головного мозга на ранних стадиях выздоровления, ориентируют специалистов на выбор социально значимых методов реабилитации.

Цель: выявление ведущих факторов в структуре психической активности у детей с ТЧМТ.

Материалы и методы. В эксперименте участвовали 80 детей дошкольного возраста (35 из них девочки и 45 мальчиков). Использовались образовательные и психопатологические методы с оценкой уровня сознания и восстановления психической активности.

Результаты. Результаты показали дисгармоничное распределение факторов нагрузки в структуре психической деятельности. Первый фактор отражает эмоционально-сенсорный уровень психической активности; второй фактор – элементарные произвольные движения и действия в сочетании с непроизвольными проявлениями, трудностями понимания обращенной речи; третий фактор насыщен характеристиками произвольных действий, связанных с восприятием и целеустремленностью движений и действий.

Заключение. Отмечена дисгармония между тремя факторами. Несмотря на схожий диагноз ТЧМТ по клиническим параметрам среди трех групп факторов установлено: 1) преобладание первого фактора, что связано в большей степени с тяжестью клинического состояния пациентов и, возможно, с ранними стадиями травматического процесса, 2) с минимальными проявлениями отмечена третья группа факторов, как у наименее здоровых детей, которая отражала спонтанные формы поведения, определяя наиболее важные социальные параметры психической активности с точки зрения динамики выздоровления.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ МОЗГА: ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА В РЕАБИЛИТАЦИИ

Закрепина А.В.[1,2]

[1]Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХ и Т), Москва, Россия

[2]Институт коррекционной педагогики Российской академии образования / ИКП РАО /, Москва, Россия

Введение. Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) в детском возрасте увеличивает риски инвалидизации, представляет собой значительную социальную проблему. Ее решение зависит не только от качественной реабилитации раннего периода, но и от своевременного вклада и педагогической помощи ребенку и его семье.

Цель: определить содержание педагогической помощи детям с тяжелой черепно-мозговой травмой на стационарном этапе реабилиатации.

Материалы и методы. В исследование включено 98 детей в возрасте до 18 лет (включая 19 детей раннего возраста, 36 детей дошкольного возраста и 43 ребенка школьного возраста) с диагнозом тяжелая черепно-мозговая травма (НИИ НДХ и Т, с 2015 по 2018 гг.). Использованы психолого-педагогические методы (наблюдение, диагностическое обследование и обучение, анализ истории болезни пациентов, опросы родителей (или взрослых лиц, осуществлявших уход), беседы с лечащими врачами и родственниками).

Результаты. В настоящем исследовании раскрыты педагогические предпосылки для коррекционного обучения детей с ТЧМТ, описаны особенности психической активности детей изучаемой категории; определены этапы коррекционного обучения детей с ТЧМТ для содействия восстановлению их психической активности. В ходе исследования были разработаны три диагностические программы: первая – для детей в вегетативном статусе (28%), вторая – для детей в статусе минимальное сознание «-» (54%), третья программа – для детей в статусе «минимальное сознание «+» (18%).

Заключение. В ходе коррекционного обучения наблюдалась положительная динамика восстановления: в ряде случаев обнаруживалась возможность вовлечения ребенка в совместную деятельность со взрослыми на основе повышения уровня психической активности. В наиболее сложных случаях положительная динамика выявлялась в качественных изменениях психической активности детей на начальном уровне: отмечались однократные избирательные реакции на активность взрослых, расширение объема рефлекторных реакций.

Ключевые слова: тяжелые черепно-мозговые травмы у детей, особенности умственной деятельности у детей с ТЧМТ, коррекционное обучение детей с ТЧМТ.

КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Зенкина А.С., Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Анохина В.С.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск

Введение. Дети, рожденные от матерей с бронхиальной астмой, находятся в группе риска по развитию аллергических заболеваний.

Цель исследования – изучить частоту и структуру аллергической заболеваемости у детей, рожденных от матерей с бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы. Изучено состояние здоровья 206 детей от матерей с БА. У 94 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года и у 112 –от 1 года до 3 лет. Группу сравнения составили 70 детей этого же возраста, рожденных от матерей без бронхолегочной патологии.

Результаты. I группу составили 54 ребенка от матерей с неконтролируемой БА, II группу – 40 детей от матерей с частично или полностью контролируемой БА, III группу – 30 детей от матерей без бронхолегочной патологии. 38% от матерей I и II групп родились путем кесарева сечения. Из родильного дома с церебральной ишемией I-III степени тяжести выписано 77,8% из I группы и 32,5% – из II. Сочетание церебральной ишемии и внутриутробной инфекции наблюдалось у 27,8% детей I группы и 17,5% II группы. В контрольной группе – 20%. Здоровыми признаны 5,5% I группы и 12,5% – II группы. На протяжении I года отмечались: гипервозбудимость – у 16,0% в I группе и 5% – II группе, гипертензионный синдром, соответственно, у 14,0% и у 2,5%, синдром двигательных нарушений – у 16,0% и у 12,5%, вегето-висцеральных дисфункций – у 14,0% и у 7,5%. Задержка физического развития – у 14,0% в I группе и 7,5% – во II группе. При контролируемой БА реже отмечены: церебральная ишемия – в 2 раза, сочетание ее с ВУИ – в 1,7 раза, задержка физического развития – в 1,9 раза. На первом году жизни у 55,5% детей от матерей с БА имелись признаки аллергического диатеза. Наиболее часто – атопический дерматит, отмеченный в 52,2% от матерей с БА и у 26,7% в контроле. Изучая заболеваемость 112 детей первых 3-х лет жизни, у 23,2% из них выявили перенесенную респираторную патологию в первые 6 месяцев, у 51,8% – во втором полугодии, у 60,7% – на втором году, у 75% – на третьем году. У 30,4% на фоне ОРВИ появился бронхообструктивный синдром на первом году, наследственная отягощенность по аллергии в 2-х поколениях прослежена у 14 из них. . У 6 детей синдром бронхиальной обструкции развился на фоне пассивного курения в семьях курильщиков, 8 детям (7,1%) поставлен диагноз БА в первые 3 года жизни.

Заключение. Для разработки профилактических мероприятий необходимо знать эволюцию аллергических заболеваний у детей, рожденных от матерей с БА, то есть, катамнез раннего и позднего онтогенеза.

ЧАСТОТА СМЕЩЕНИЯ БЕДРА У ДЕТЕЙ С ДЦП В ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ GMFCS

Змановская В.А., Левитина Е.В., Харламова Н.Н., Рахманина О.А.
ГАУЗ ТО «Детский психоневрологический лечебно-реабилитационный центр «Надежда», ТГМУ, Тюмень.

Введение. В большинстве случаев у детей с ДЦП нет врожденной дисплазии тазобедренных суставов, но изменение мышечного тонуса и позотонических рефлексов, приводящее к резкому повышению тонуса аддукторов бедер и снижение силы ягодичных мышц, неизбежно приводит к миграции головки бедра из вертлужной впадины и формированию осложнения ДЦП – подвывиха/вывиха в тазобедренных суставах. Одним из факторов риска смещения бедра у детей с ДЦП является тяжесть клинических проявлений, что классифицируется у таких детей системой классификации глобальных моторных функций от ходячих самостоятельно, с ограничениями и с помощью ТСР (GMFCS I-III) до не передвигающихся самостоятельно (GMFCS IV-V).

Цель исследования – проанализировать распространенность смещения бедра с индексом Реймерса 40% и более в популяции детей с ДЦП Тюменской области в зависимости от GMFCS.

Материал и методы исследования. В данном исследовании дети с ДЦП были классифицированы по системе классификации глобальных моторных функций GMFCS. Из рентгенологических показателей анализу подвергался индекс миграции головки бедра из вертлужной впадины – индекс Реймерса. В исследовании приняли участие 579 детей с ДЦП, которые на момент исследования имели рентгенологическое обследование таза годичной давности. Группу исследования составили дети с ДЦП GMFCS I – 98 детей, GMFCS II – 75 детей, GMFCS III – 104 ребенка, GMFCS IV – 127 детей и GMFCS V – 175 детей. Среди детей с GMFCS I не было ни одно случая смещения бедра. Смещение бедра зарегистрировано у детей с ДЦП с GMFCS II – у 13 детей (17%), с GMFCS III – у 28 детей (27%), с GMFCS IV – у 65 детей (51%), с GMFCS V – у 122 детей (70%).

Заключение: Удельный вес смещения бедра находится в прямой корреляции с уровнем двигательного развития у детей с ДЦП. Чем тяжелее уровень развития, тем выше риск развития этого осложнения.

ЧАСТОТА СМЕЩЕНИЯ БЕДРА У ДЕТЕЙ С ДЦП В ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Змановская В.А., Левитина Е.В., Бунькова С.А., Рахманина О.А.
ГАУЗ ТО «Детский психоневрологический лечебно-реабилитационный центр «Надежда», ТГМУ, Тюмень.

Введение. Смещение бедра – серьезная проблема, встречающаяся в 36% – 50% случаев ДЦП, приводящая к развитию тяжелого болевого синдрома, к трудностям с переодеванием и гигиеническим процедурам, асимметрии таза и сколиозу, а также к ограничению в движении ребенка – утрате/снижению способности ходить или сидеть по мере роста ребенка.

Цель исследования – проанализировать распространенность смещения бедра в популяции детей с ДЦП Тюменской области.

Материал и методы исследования: На 01.01.2014 года список детей с ДЦП Тюменской области составил 858 детей. 67% (579 детей) списочного состава прошли обязательное рентгенологическое обследование на предмет смещения бедра. Оценка состояния тазобедренных суставов у детей с ДЦП проводилась клинически с помощью протокола гониометрических измерений: сгибания и разгибания, внутренней и наружной ротации, отведения в тазобедренных суставах с согнутыми и разогнутыми коленными суставами. Из рентгенологических показателей анализу подвергался наиболее удобный и достоверный для м3ониторирования изменений в ТБС у детей с ДЦП – индекс миграции головки бедра из вертлужной впадины – индекс Реймерса.

Результаты. Было выявлено, что 252 ребенка (43%) имели индекс Реймерса 40% и более (красная зона), 146 детей (25%) – 33–40% (желтая зона), 159 детей (32%) – менее 33% (зеленая зона). При анализе данных гониометрических показателей было выявлено, что все дети с ДЦП, имеющие индекс Реймерса 40% и более, имели ограничение объема движения в тазобедренном суставе (отведение бедра_ – менее 40°, имеющие индекс Реймерса 33–39% – ограничение отведения менее 50°, имеющие индекс Реймерса менее 33% – нормальный объем отведения бедра 60° и более.

Заключение: Выявлена высокая распространенность критического смещения бедра у детей с ДЦП Тюменской области, требующая обязательного хирургического вмешательства, а также сформирована группа из детей с ДЦП, находящаяся в группе риска по развитию угрожающего вывиха бедра.

ОТДАЛЕННЫЕ БИОХИМИКО-ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЗМЕ И ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ЛЮДЕЙ ПРИ ДЕЙСТВИИ РАДИАЦИИ НИЗКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

Иваненко Г.Ф., Снигирева Г.П.
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт биохимической физики им. Н.М. Эмануэля РАН

Введение. Изучение медико-биологического действия малых доз радиации для поколений детского населения, проживающего в радиационно-загрязненных регионах – одна из фундаментальных проблем радиационной безопасности. Неконтролируемое облучение в малых дозах проявляется в длительно сохраняющихся хромосомных нарушениях в лимфоцитах периферической крови и про- и антиоксидантным свойствах GSH в плазме.

Цель – оценить биохимическиеи цитогенетические показатели в лимфоцитах периферической крови у участников ликвидации аварии (Л2), подвергшихся внешнему и внутреннему облучению в интервале доз (0,1–70 сЗв) и детей, проживающих на территориях, загрязненных радионуклидами (1 – 20 Ки/км^2) в результате аварии на Чернобыльской АЭС.

Материал и методы. Изучение эффектов действия радиации низкой интенсивности в малых дозах от 0,1 сЗв до 20 сЗв и высоких от 20 сЗв до 70 сЗв проводилось при сравнительном анализе связи между индексом разрывов хроматид (ИРХ), показателем скорости мутагенеза в соматических клетках (лимфоцитах), и уровнем восстановленного глутатиона (GSH) в плазме крови.

Результаты. У детей и Л2, подвергшихся воздействию радиации в области малых доз (0,1 – 20 сЗв), установлено статистически значимое по сравнению с “контролем” повышение ИРХ в лимфоцитах периферической крови и увеличение содержания GSH в плазме крови. Многократное увеличение GSH в плазме крови относительно контроля обнаружено в модельных экспериментах на животных при опухолевом росте. Повышение цитогенетических нарушений в лимфоцитах периферической у людей (ликвидаторов и детей г.Чечерска) с увеличением дозы радиационного воздействия (20–70 сЗв) сопровождается снижением водорастворимого антиоксиданта GSH в плазме крови. Проведенное обследование детей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях, и ликвидаторов, подвергшихся воздействию радиации низкой интенсивности, выявило сложную зависимость цитогенетических нарушений в лимфоцитах периферической крови с уровнем GSH в плазме.

Заключение. Полученные результаты о связи GSH с основными показателями цитогенетического статуса представляют интерес для выявления отдаленных патологических состояний здоровья у людей, подвергшихся воздействию хронического ионизирующего излучения. Выявленная связь между состоянием хромосомного комплекса в лимфоцитах периферической

крови, как показателя скорости соматического мутагенеза, и содержанием GSH в плазме позволяет обоснованно прогнозировать возможное развитие отдаленной постлучевой опухолевой патологии среди лиц, подвергавшихся радиационному воздействию преимущественно в малых дозах.

РОЛЬ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ФОРМИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Иванникова А.С., Шипула Д.С., Сычева Е.А., Толстая В.В., Черникова О.А., Балабаева Ю.В.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж

Актуальность проблемы детского ожирения в Российской Федерации диктует необходимость расширенного поиска причин его формирования.

Цель: изучить влияние образа жизни подростков на формирование осложненного ожирения с помощью анкетирования.

Материалы и методы. В исследование было включено 32 ребенка в возрасте от 10 до 17 лет с конституционально-экзогенным ожирением. Пациенты были разделены на две группы. В I (основную) группу вошло 19 детей с осложненным ожирением. Во II группу (сравнения) вошло 13 подростков с ожирением без осложнений. Работа подразумевала анкетирование и анализ медицинской документации.

Результаты. Среди осложнений ожирения в I группе регистрировались: нарушение толерантности к глюкозе – у 5 (26,3%) детей, инсулинорезистентность – у 8 (42,1%) детей, дислипидемия – у 10 (52,6%) пациентов и артериальная гипертензия – у 8 (42,1%) пациентов. Отсутствие режима питания наблюдалось у 8 детей (42,1%) I группы и у 2 подростков (15,4%) группы сравнения (p=0,012). В группе сравнения все пациенты завтракали дома, 5 пациентов (26,3%) I группы завтраками пренебрегали (p=0,009), что способствовало развитию артериальной гипертензии (r=0,53; p=0,006). Дети, употребляющие на завтрак мучные изделия, блюда из яиц (12 (63,2%) пациентов) чаще имели дислипидемию (r=0,31; p=0,027). На обед в I группе чаще всего готовились макаронные изделия/картофель (12 (63,2%) детей) и жареные мясные блюда (8 (42,1%) детей), в отличие от подростков II группы (2 (15,4%) ребенка) (p=0,078). Наличие частых перекусов способствовало развитию дислипидемии у детей I группы (r=0,42; p=0,008). Занятия активными видами спорта присутствовали в жизни у 9 детей (69,2%) II группы и у 8 детей (42,1%) с осложненным ожирением (p=0,064), что предрасполагало к развитию артериальной гипертензии (r=0,52; p=0,003) и инсулинорезистентности (r=0,42; p=0,008).

Заключение. Осложненному течению ожирения у подростков способствует отсутствие регулярных приемов пищи и отказ от завтрака, а также употребление на завтрак калорийной пищи. Выявлена взаимосвязь отсутствия активного досуга с развитием артериальной гипертензии и нарушениями углеводного обмена у подростков с ожирением.

ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ АКТА ГЛОТАНИЯ И ИЗБЫТОЧНОГО СЛЮНОТЕЧЕНИЯ.

Кириллова В.П., Капустин А.В., Дубровская Т.В., Мастеркова Т.Т., Григорьева А.В.
НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е.Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва

Введение. Нарушение глотания у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) и последствиями перинатального поражения ЦНС обусловлено тяжестью основных заболеваний и сопровождается выраженным слюнотечением. Акт глотания в его глоточной фазе является рефлекторным. В нем принимают участие V, lX, X и Xll пары черепных нервов. Нарушение функции этих нервов приводит к дисфагии, слюнотечению и различным формам дизартрий.

Цель исследования. Оценить эффективность физиотерапии синусоидальными модулированными токами (СМТ) при дисфагии и слюнотечении.

Материал и методы. Под нашим наблюдением с 2016 по 2018 гг. находились 1116 больных с ДЦП и перинатальным поражением ЦНС. С целью нормализации глоточной фазы акта глотания проводилась процедура точечной стимуляции мышц языка и дна ротовой полости с периферическим воздействием СМТ. Из 1116 больных ДЦП и перинатального поражения ЦНС 337 детей (начиная с 6-ти месячного возраста) получили физиотерапию методом СМТ мышц языка и дна ротовой полости. Число мальчиков -199 (59%), девочек- 138 (41%). Применяли следующую методику воздействия: специальный точечный электрод накладывался на область двигательных точек мышц языка, мягкого неба и дна ротовой полости. Режим работы выбирался в зависимости от степени тяжести состояния. Время проведения процедуры – 1 минута на каждую точку. Курс составлял 10 процедур. В конце каждой процедуры проводили легкий точечный массаж зон воздействия. Положительный эффект возникал уже в процессе лечения. После 1–3-х процедур активировался акт глотания с дальнейшим улучшением.

Результаты. В результате комплексного лечения, включающего СМТ терапию, у более 70% детей восстанавливался акт глотания, и прекращалось

обильное слюноотделение. Различий между мальчиками и девочками в эффективности терапии не выявлено.

Выводы. Физиотерапия является важной составляющей в устранении дисфагии и слюнотечения. Представляется целесообразным использование методов физиотерапии в комплексном лечении детей с нарушением глотания и слюнотечения.

OFF-LABEL И ПСИХОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ

Кирилочев О.О., Сибирякова Н.В.
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Астрахань

Введение. Нерегламентированное (off-label) назначение лекарственных препаратов способно привести к развитию неблагоприятных лекарственных реакций у пациентов детского возраста в условиях психиатрического стационара. Тщательное изучение всех лекарственных назначений у данной группы пациентов должно выявить потенциальные риски и улучшить безопасность фармакотерапии.

Цель исследования. Проанализировать структуру off-label назначений у детей с психическими заболеваниями.

Материалы и методы. В исследование включены 32 ребенка, получающих стационарную помощь в связи с психическими заболеваниями. Сигнальным фактором нерегламентированного назначения в нашем исследовании явилось нарушение возрастных ограничений применения лекарственного препарата. Данный анализ проведен методом сопоставления листа назначений с инструкцией по медицинскому применению, представленной в Государственном реестре лекарственных средств.

Результаты. В медицинской документации обнаружено 21 назначение лекарственных препаратов, при которых выявлено расхождение с официальной инструкцией по возрасту. Следует подчеркнуть, что в этом случае подобное назначение согласовано с родителями (опекуном), клиническим фармакологом и врачебной комиссией.

Наиболее частым off-label назначением было использование левомепромазина детям младше 12 лет, однако подобное применение обосновано Российским национальным педиатрическим формуляром. Им же обосновано и назначение под тщательным мониторингом состояния пациента и его дозового режима препарата бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (3 случая). Назначение хлопротиксена и зуклопентиксола пациентам младше 18 лет не рекомендовано в связи с недостаточностью большого количества клинических исследований. Однако в данном случае детский возраст не является абсолютным противопоказанием, о чем свидетельствует наличие данной информации в разделе официальной инструкции «С осторожностью». Количество подобных назначений составило 3 и 1 соответственно.

Заключение. 18,4% назначений имели некоторые расхождения по возрасту с официальными инструкциями по медицинскому применению. Тем не менее для каждого из назначений была найдена доказательная основа и наличие строгих медицинских показаний, что четко отражено решением врачебной комиссии в медицинской документации. Кроме вышеперечисленного, off-label назначения должны сопровождаться тщательным мониторингом эффективности и безопасности фармакотерапии, получаемой пациентом.

ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ

Латышев Д.Ю., Карькова Т.А., Лобанов Ю.Ф., Михеева Н.М.
Алтайский государственный медицинский университет

Введение. Растущая распространенность ожирения у детей и подростков и высокая частота нарушений углеводного обмена на фоне ожирения свидетельствует об актуальности исследования истоков метаболического синдрома у детей.

Цель исследования**.** Изучить особенности углеводного обмена у детей школьного возраста с ожирением с учетом степени ожирения

Материалы и методы. обследовано 29 детей (11 мальчиков), от 10 до 15 лет. Степень ожирения устанавливали на основании критериев ВОЗ: I степень -10 детей, II -10 детей, III – 9 детей. Исследовали уровень глюкозы натощак (норма 3,3–5, 5 ммоль\л), инсулина (норма 6,0–27 мкЕд/мл), С-пептида (норма 1,0–5,0 нг/мл), рассчитывали индекс HOMA-IR (норма менее 2,7). Для оценки статистической достоверности использовался критерии Фишера, значения $p<0,05$ расценивались как значимые.

Результаты. Средний уровень глюкозы – 4,44±0,87 ммоль\л, повышение – у 4 (13,7%) детей (1 мальчик), только у пациентов с ожирением II и III степени, статистических различий нет ($p=0,582$). Уровень инсулина повышен у 8 (27,5%) детей (2 мальчика). Средний уровень 18,88 ±16.44 мкЕд/мл, повышение отмечается у пациентов со II и III степенями ожирения, статистических различий нет (p =0,650). Повышение индекса HOMO-IR отмечается у 14 (48,3%) детей, (мальчиков 5). Среднее значение – 4,18±4,30,повышение у 2 (20%) детей с I степенью, у 4 (40%) детей со II степенью и у 8 (88,8 %) у детей с III степенью ожирения (различия между пациентами с I и III степенями ожирения достоверны, $p=0,005$)

Заключение. Повышение уровня глюкозы отмечается у 13,7% детей с ожирением, преимущественно у детей с высокими степенями ожирения. Признаки гиперинсулинизма выявляются значительно чаще: уровень инсулина повышен у 27,5% детей, преимущественно с высокими степенями ожирения. Повышенные значения индекса HOMO-IR отмечается у 48,3% детей ожирением.

Отмечается тенденция к зависимости выраженности нарушений от степени ожирения: повышения у уровня инсулина и глюкозы отмечаются только при ожирении II и III степени, доля пациентов с высокими значениями индекса HOMO-IR достоверно возрастает от 20,0 у детей с ожирением I степени до 88,8% у детей с ожирением III степени

ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ФАРМАКОТЕРАПИИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Леднева В.С., Батищева Г.А., Иванникова А.С., Жданова О.А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж

В последние годы по данным Росстата показатели заболеваемости среди детей по отдельным нозологиям остаются на лидирующих позициях, причины развития патологии могут скрываться в воздействии неблагоприятных факторов в перинатальном периоде.

Цель: изучить влияние социально-биологических факторов и фармакотерапии во время беременности на здоровье детей первого года жизни.

Материалы и методы: исследование включало анкетирование 61 матери детей от рождения до 1 года и анализ медицинской документации.

Результаты. В ходе работы был опрошен 61 родитель. Средний возраст пациентов – 8,0 (5,0; 9,9) месяцев. Среди детей аллергическая патология наблюдалась у 16,4% детей; патология нервной системы – у 8,2%; респираторная патология – у 4,9%; заболевания сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевой систем – в 1,6% случаев. До беременности табакокурение наблюдалось у 27 (44,3%) матерей, во время беременности зависимость сохранялась у 5 (8,2%) женщин, что коррелировало с наличием дефицита веса у детей (в 83,3% случаев) (r=+0,45; p<0,05). На этапе планирования женщины принимали поливитамины в 70,4% случаев, фолиевую кислоту – в 53,7% случаев и калия йодид – в 24% случаев. Во время беременности из всех опрашиваемых принимали фолиевую кислоту 53 (86,9%) женщины, калия йодид – 11 (18,0%), поливитамины – 58 (95,1%) респондентов. Продолжительность грудного вскармливания была дольше у женщин, принимающих фолиевую кислоту и поливитамины во время беременности (r=+0,64; p<0,05). Заболеваемость острыми респираторными инфекциями (ОРИ) в период вынашивания составила 34,4% (21 женщина). Для купирования симптомов ОРИ женщины принимали: растительные средства – 80,9%; гомеопатические препараты – 71,4%; местные сосудосуживающие средства – 61,9%; препараты интерферонов – 42,9%; парацетамол – 28,6%. Отмечено, что у женщин, принимающих мелиссу и малину для лечения ОРИ, дети чаще страдали аллергическими заболеваниями (r=+0,47; p<0,05).

Заключение. В структуре заболеваемости детей до 1 года преобладает аллергическая патология, развитию которой способствует прием растительных препаратов (мелиссы и малины) во время беременности. Прием фолиевой кислоты и поливитаминов в перинатальном периоде предрасполагает к более длительному сохранению грудного вскармливания; наличие табакокурения во время беременности обуславливает дефицит веса у ребенка.

СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДОМАХ РЕБЕНКА

Лежнина И.В., Ляпунова Е.В., Пономарева О.В.
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров

Введение. Дети, поступающие в дом ребенка в течение жизни подвержены влиянию многих неблагоприятных факторов, ухудшающие их здоровье.

Цель исследования- изучить состояние здоровья детей, воспитывающихся в условиях дома ребенка.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 112 детей в возрасте от 1мес до 3 лет. Оценку состояния здоровья проводили на основании данных анамнеза жизни, исследования объективного статуса, лабораторных и инструментальных методов исследований.

Результаты. Установлено, что 61,7% детей поступили в дом ребенка до одного года, 35,5% детей – на втором году жизни и 2,8% детей – на третьем году жизни. Среди детей, поступивших на первом году жизни, половина детей были устроены в дом ребенка временно. При поступлении детей более чем у половины выявлено неблагоприятное течение адаптации. При оценке НПР установлено, что уже на первом году жизни большинство детей имели 2-ю и 3-ю группы нервно-психического развития (НПР). На 2-м и 3-м годах жизни преобладали дети, имеющие 3-ю группу НПР (46,2% и 41,3% соответственно), а также определялись группы 4 и 5 НПР. Дети-сироты имеют довольно широкий спектр заболеваний. Самым распространенным являются заболевания крови (27%), заболевания костно-мышечной системы (21%), забо-

левания органов зрения (19%), заболевания органов дыхания (13%) и заболевания мочевыделительной системы (9%). Большинство детей отстают в физическом развитии. Микросоматический тип физического развития имели 75,7% детей первого года; 55,9% – второго года и 64,2% – третьего года жизни. Комплексная оценка состояния здоровья показала, что большинство воспитанников дома ребенка имеют II группу здоровья. Значителен удельный вес детей, имеющих III-V группы здоровья (в один год – 29,3%, в два года – 31,7% и в три года – 18,6%).

Заключение. Учитывая низкие показатели состояния здоровья воспитанников дома ребенка, очень важно проводить анализ качества медицинского наблюдения за ними.

ВОЗМОЖНОСТИ АНТИПИРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Лукашевич М.Г., Селина А.Н.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону

В педиатрической практике повышение температуры – одна из основных причин бесконтрольного применения лекарственных средств, тем более, что большинство антипиретиков относятся к так называемым ОТС – препаратам. Отмечено, что снижение температуры на фоне комбинированного применения парацетамола и ибупрофена достигается при меньших дозах, чем от этих препаратов, применяемых по отдельности.

Нами было проведено проспективное описательное когортное исследование оценки эффективности комбинированного жаропонижающего средства (соотношение парацетамола 162,5 мг и ибупрофена 100 мг в 5 мл) в ведении больных с лихорадками на фоне наиболее часто встречаемых вирусных и бактериальных инфекций. В исследование вошли 65 пациентов, из них 34 девочки (52,3%) и 31 мальчик (47,7%), в возрасте от 2 до 10 лет (2–3 года 31 чел – 47,7%).

В зависимости от ведущего клинического синдрома все дети были разделены на 3 основные группы, в каждой из которых выделялись подгруппа А – основная и подгруппа В – группа сравнения. В 1-ю группу вошло 30 детей с различными проявлениями вирусных инфекций дыхательных путей, IIА – дети с различными вариантами герпес-вирусной инфекции (n=21), IIIА – дети с острым гастроэнтероколитом (n=14).

В 1 группе безлихорадочный период – 14 часов в отличие от использования парацетамола (3,5ч). В III группе отмечалась более торпидная реакция на антипиретическую терапию, но и в этом случае продолжительность безлихорадочного периода составила 6,5±0,3 часа против 3±0,4 часа при использовании парацетамола. Наилучшие результаты были получены при лечении больных II группы. Так, у 12 чел (57,1%) температура не повышалась после однократного приема препарата, в остальных случаях при повторном повышении абсолютное значение лихорадки было заметно ниже. Все врачи и пациенты обратили внимание на более выраженное обезболивающее действие препарата, отмечался достоверный регресс боли ко 2–3 дню лечения, что и определило предпочтения врачей в выборе комбинированного препарата. Не было отмечено ни одного случая индивидуальной непереносимости препарата или отказа от его приема из-за органолептических свойств.

Таким образом, оптимальное соотношение доз парацетамола (162,5 мг/5 мл, что несколько выше, чем в другом существующем на рынке комбинированном препарате) и ибупрофена (100 мг/5 мл) представляет собой эффективный и безопасный препарат для лечения лихорадки у детей старше 2 лет.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПЕДИАТРОВ В ПРОБЛЕМЕ ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА

Лукашевич М.Г., Карпов В.В., Сафроненко Л.А., Селина А.Н.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону

Сохранение и поддержание здоровья детей – одна из основных задач системы здравоохранения, решение которой лежит в улучшении качества оказания медицинской помощи. При этом особое внимание уделяется квалификации медицинских сотрудников, их знанию федеральных клинических рекомендаций и владению современными протоколами лечения и навыками оказания неотложной медицинской помощи.

Цель: оценить уровень знаний и навыков педиатров по ведению детей с обструктивным ларинготрахеитом (ОЛ) на разных этапах оказания медицинской помощи методом анонимного тестирования врачей.

Материалы и методы: для поведения анкетирования сформирована случайная выборка. В опросе участвовали 140 врачей, принявших участие в работе конференции, посвященной 40-летию создания городского центра по оказанию помощи детям с ОЛ, из них 22 (15,7%) врачи стационара, 58 (41,2%)-участковые педиатры, 30 (21,5%) – врачи скорой медицинской помощи и 30 (21,5%) – врачи частных медицинских центров. Анкеты анонимные, заполнение анкеты расценивалось как согласие на обработку данных.

Результаты. Несмотря на доступность клинических рекомендаций, выявлено, что неверные ответы указали 27% врачей стационара, 31% врачей поликлиники, 33% врачей СМП и 13% врачей частных центров. Основные затруднения у врачей стационара вызвали вопросы ведения больных с рецидивирующим ОЛ, у врачей поликлинического звена – стартовые дозы растворов для ингаляционной

терапии, у врачей СМП – дифференциальная диагностика (аллергический ОЛ, эпиглоттит), у врачей частных медицинских центров – необходимый объем обследований и показания к госпитализации. При выборе патогенетической терапии большинство врачей верно указали стартовой терапию глюкокортикостероидами (ГКС), как ингаляционными, так и системными, однако выбор препарата и пути введения не всегда соответствовал утвержденным клиническим рекомендациям.8,6% участковых педиатров и 13,3% врачей скорой помощи считают парентеральное (в/в) введение метилксантинов в сочетании с системными ГКС более эффективным по сравнению с ингаляционными ГКС в адекватных дозах. Необходимость использования комбинированных бронхолитических препаратов в сочетании с ингаляционными ГКС указали 5% опрошенных.

Выводы. Недостаточный уровень подготовки педиатров по оказанию помощи детям с ОЛ может стать причиной некачественного лечения и неблагоприятного исхода, что должно учитываться при обучении врачей на циклах повышения квалификации и прохождении тренингов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕБЮТОВ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Мирзаханова А.В.[1], Данцанова А.А.[1] , Хатылева М.Н.[1], Ованесян С.В.[2], Мартынович Н.Н.[1]
[1]ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск
[2]ГБУЗ ИГОДКБ, Иркутск

Введение. Острые лейкозы (ОЛ) являются наиболее распространенными злокачественными новообразованиями у детей. В клинической практике высока вероятность несвоевременной постановки диагноза педиатрами, в связи с недостаточными знаниями и онкологической настороженности, ведущих в свою очередь к несвоевременному назначению лечения.

Цель исследования – изучение особенности течения дебютов острых лейкозов у детей и подростков Иркутской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней и очный осмотр 98 детей, находившихся на лечении в отделении онкологии ГБУЗ ИГОДКБ с впервые выявленным ОЛ за период 2014–2018 гг.

Результаты. В отделение за пять лет госпитализировано 4066 детей, из них с впервые выявленным ОЛ 98 (2,4 %). Дебют заболевания в 34,7 % случаев проявлялся иммунодефицитным синдромом, по 20,4 % – анемическим, лимфопролиферативным и геморрагическим синдромами у данной группы пациентов.4,1% детей были выявлены во время профилактического осмотра. 33,6% имели длительный моносиндром дебюта. В 62,2 % случаев, в дебюте ОЛ сочеталось несколько синдромов. У 76,5% детей регистрировалось повышение температуры тела более 38°С. Практически у каждого третьего ребенка (26,5%) отмечалось увеличение периферических лимфоузлов. Гепатомегалия и спленомегалия – 59,2 % детей, увеличение внутрибрюшных узлов – 32,7%, экстрамедуллярные очаги кроветворения – 12,2 %, увеличение тимуса – 4 %. Следует отметить, что в 57,1 % случаев пациенты были госпитализированы в стационар до двухнедельного срока с момента обращения к педиатрам, от двух недель до 1 месяца – 27,6 % детей, но у 15,3 % пациентов на постановку диагноза ушло более 1месяца. Отягощенный акушерский анамнез (ЗВУР, ВУИ, УПБ, гипоксия плода, масса тела при рождении менее 2500 г.) наблюдался у 60,2 %. Летальным исходом закончилось течение болезни у 5 детей, из которых 40 % приходится на ОПЛ, 60 % на ОМЛ.

Заключение. В дебюте ОЛ у пациентов превалировал иммунодефицитный синдром, остальные синдромы встречались с одинаковой частотой. У 76,5 % детей заболевание дебютировало с повышения температуры. В 62,2 % случаев в дебюте острых лейкозов отмечалось сочетание нескольких синдромов. Следует признать, что в 15,3 % случаев на постановку диагноза ушло более 1 месяца.

СТРУКТУРА БЫТОВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ ПРИЖИГАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Немцева А.С.[1], Орлова К.А. [2] , Куприянова М.А[2]., Мухина А.Г.[2], Мартынович Н.Н.[2]
[1]ОГАУЗ ГИМДКБ, Иркутск
[2]ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск

Введение. В последнее десятилетие острые отравления вошли в число актуальных медико-социальных проблем. Значительную часть всех несчастных случаев у детей занимают различные виды острых отравлений. В нашей стране острые химические отравления часто встречаются в клинической практике и возникают, как правило, в результате случайного приема химических веществ, обладающих достаточно высокой токсичностью. Цель исследования – изучение структуры бытовых отравлений химическими веществами прижигающего действия.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения острых отравлений ОГАУЗ Городская Ивано – Матренинская детская клиническая больница. Проведен ретроспективный анализ 110 историй болезни за период 2016–2018 гг.

Результаты. В отделении острых отправлений за три года пролечено 3699 детей, из которых 2,9 % составили дети с бытовыми отравлениями химическими веществами прижигающего действия. 84,6 % составили дети раннего возраста 84,6 %, 10,9 % – дошкольного

возраста, на младший и старший школьный пришлось по 1,8 % пациентов и лишь 0,9% пришлось на грудной возраст. По гендерному признаку среди госпитализированных пациентов с отравлениями преобладали мальчики, в соотношении 2:1. В структуре химических веществ, прижигающего действия лидирующее место занимали отравления кислотами, что регистрировалось в 41,8 % случаев, реже щелочами (30,0 %) и KMnO4 (10 %). Бужирование пищевода было проведено 21 ребенку с доминирующим химическим веществом щелочью, что составило практически 62 %, каждому третьему пациенту после отравления уксусной кислотой и только одному пациенту – после отравления перманганатом калия.

Заключение. Случайным бытовым отравлениям веществами прижигающего действия подвержены, в первую очередь, дети раннего возраста. В структуре химических соединений преобладают отравления кислотами. А вот бужирования пищевода проводилось пациентам после отравления щелочами, как наиболее агрессивным химическим соединением.

ИННОВАЦИОННННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ГИДРОНЕФРОЗОМ

[1,2]Новикова Е.В., [1,2]Хан М.А., [3]Меновщикова Л.Б.
[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва, Россия
[2]ФГАОУ ВО «Первый московский государственный медицинский университет им Н.И. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия
[3]ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Актуальность и социальная значимость медицинской реабилитации детей с гидронефрозом обусловлены: высокой частотой встречаемости (7%) среди всех врожденных заболеваний детского возраста; возможностью развития хронической болезни почек и ранней инвалидизацией.

Успех оперативных вмешательств во многом зависит от проведения реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление уродинамики верхних и нижних мочевых путей, стимуляцию репаративных процессов, улучшения почечного кровотока. Вместе с тем, до настоящего времени нет научного обоснования о возможности применения физических факторов в ранний послеоперационный период у детей, оперированных по поводу гидронефроза.

Среди технологий медицинской реабилитации особое внимание в последние годы привлечено к высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии, оказывающей активное воздействие этого фактора на нервно-мышечный аппарат, вызывающей ритмические сокращения мышечных волокон, способствующей улучшению периферического кровообращения и трофики тканей.

Клинические наблюдения и специальные исследования, проведены у 80 детей с гидронефрозом, состоянием после операции, в возрасте от 3 до 15 лет. При этом основную группу составили 40 детей, получавших высокоинтенсивную импульсную магнитотерапию на фоне базисной терапии, 40 детей составили контрольную группу, получавших базисную терапию (лечебная физкультура и уросептики).

Комплексное восстановительное лечение с включением высокоинтенсивной магнитной стимуляции способствовало у 80% больных основной группы достоверному снижению протеинурии и лейкоцитурии.

Уменьшение выраженности пиелоэктазии, сокращение размеров чашечек, по данным УЗИ почек, достоверно отмечалось в 87,5% случаев, что свидетельствовало о восстановлении уродинамики на уровне верхних мочевых путей. По данным допплерометрии интраренального кровотока у всех детей с обедненным почечным кровотоком отмечалось улучшение кровотока на уровне сосудов всех порядков до кортикальных отделов. На основании проведенных исследований впервые дано научное обоснование целесообразности включения высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии в комплексную медицинскую реабилитацию детей, оперированных по поводу гидронефроза. Доказана более высокая эффективность медицинской реабилитации с включением импульсной высокоинтенсивной магнитотерапии (87,5%) детей, оперированных по поводу гидронефроза, чем в группе сравнения (62,5 %).

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНОЙ ГИПЕРОКСАЛУРИЕЙ

Обухова А.Н., Халецкая О.В.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава РФ, Нижний Новгород

Введение. В последнее время возрастает внимание к проблеме недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) как к фоновому состоянию для многих заболеваний, влияющему на их течение и прогноз. Учитывая широкую распространенность вторичной гипероксалурии в детском возрасте, большой интерес вызывает изучение коморбидного течения двух данных состояний для оптимизации тактики ведения пациентов.

Цель исследования – проанализировать частоту встречаемости и характер фенотипических признаков НДСТ у детей с вторичной гипероксалурией.

Материалы и методы. В исследование включены дети (n=20) в возрасте от 2 до 6 лет (3,15±1,08) с установленным диагнозом вторичной гипероксалурии. Группу контроля составили дети без гипероксалурии (n=15), которые набирались методом копия-пара. Обследование проводилось путем выявления 38 внешних признаков НДСТ. При анализе результатов использовалась бальная шкала значимости отдельных фенотипических признаков НДСТ для установления степени тяжести НДСТ (Аббакумова Л.Н., 2006 г.). Статистическую обработку данных проводили с помощью программ: Microsoft Excel 2000, BIOSTAT (Primer of Biostatistics 4.03). Определяли средние величины и стандартное отклонение по выборке (M±m). Оценивался критерий хи-квадрат. Различия считали достоверными при p<0,05.

Результаты. В основной группе доминировали дети с умеренной степенью тяжести НДСТ (60%, n=12), среднее количество набранных баллов – 18,5±3,06 балла. Вариант нормы был выявлен лишь у 2 детей, при среднем количестве баллов 8,5±0,7. Следует отметить, что выраженная степень тяжести НДСТ регистрировалась только в группе детей с гипероксалурией (30%, n=6), среднее количество набранных баллов – 28,16±2,4 балла. В большинстве случаев среди детей без гипероксалурии встречался вариант нормы (75%, n=9) – 8,88±3,37 балла.

Установлено, что у детей с гипероксалурией достоверно чаще имеются фенотипические признаки НДСТ по сравнению с детьми без гипероксалурии (χ^2=9,831, p=0,002). Среди этих признаков наиболее распространены: выраженный венозный рисунок кожи (55%), расширенные капилляры кожи (45%), легкое возникновение гематом (60%), слабость мышц живота (35%).

Заключение. Фенотипические проявления НДСТ достоверно чаще встречаются среди детей с вторичной гипероксалурией, чем среди детей с нормальной экскрецией оксалатов (p=0,002). Обнаружение внешних признаков НДСТ у детей должно способствовать раннему выявлению гипероксалурии и предотвращению прогрессирования патологического процесса в почках.

СРЕДСТВО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА НА ОСНОВЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПОЗИЦИИ

Орлова Е.С., Брагин А.В.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

Введение. Немногочисленные публикации, касающиеся элиминации Helicobacter pylori (HP) в полости рта без использования метронидазола, имеют ряд недостатков, ограничивающих их применение: невысокая биодоступность, наличие побочных эффектов, развитие гиперчувствительности к препарату, неудобная схема применения, длительность и высокая стоимость курса лечения. Указанные недостатки диктуют необходимость поиска новых малотоксичных средств в удобных лекарственных формах, высокоспецифичных в отношении HP в полости рта.

Цель исследования – повышение эффективности комплексного лечения заболеваний слизистой оболочки рта у пациентов с Helicobacter pylori-инфекцией.

Материалы и методы. Было обследовано 28 пациентов (16–18 лет) с воспалительными заболеваниями слизистой оболочки рта, ассоциированных с HP-инфекцией. Для группы сравнения отобрано 20 пациентов HP-не инфицированных. В комплексном местном лечении воспалительных заболеваний слизистой оболочки рта использовалась разработанная нами висмут-содержащая фармакологическая композиция (ФК) основе кремнийорганического глицерогидрогеля (Патент РФ № 2549445).

Результаты. При анализе результатов клинико-лабораторной оценки эффективности комплексного лечения у Hp – инфицированных пациентов с применением ФК в сравнении с традиционным местным антибактериальным препаратом, на фоне системной эрадикационной терапии, выявлены статистически значимые различия (при p<0,05) в оценке таких показателей как – WTC, PMA, а также СЦК как показателе неспецифического иммунитета слизистой оболочки рта, что свидетельствует об уменьшении воспалительных процессов в тканях, стабилизации деструктивных процессов и увеличении срока клинической ремиссии в данной клинической группе.

Заключение. Применение оптимизированной схемы лечения с использованием предложенной ФК в ближайшие и отдаленные сроки для пациентов обеспечивает специфичный элиминационный эффект в отношении Helicobacter pylori в полости рта, что препятствует реинфицированию гастродуоденальной зоны на фоне ранее проведенной эрадикационной терапии.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА МАНГАНИНСУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ (MNSOD C47T) КАК ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ТРЕХ ЛЕТ.

Павлинова Е. Б.[1], Власенко Н. Ю.[1], Мингаирова А. Г.[1], Киршина И. А.[1], Савченко О. А.[1], Курмашева Е. И.[1]
[1]ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, Омск

Введение. Учитывая, что в патогенезе заболеваний недоношенных новорожденных доказана роль окислительного стресса, можно предположить, что определенные генетические полиморфизмы

антиоксидантной системы влияют не только на возникновение заболеваний у недоношенных новорожденных, но и на их течение.

Цель исследования – оценить влияние генетического полиморфизма гена MnSOD C47T на формирование исходов бронхолегочной дисплазии.

Материалы и методы. Обследовано 44 ребенка с БЛД в анамнезе (основная группа) и 47 детей, перенесших в неонатальном периоде респираторный дистресс-синдром без исхода в БЛД (контрольная группа) в возрасте от 4 до 10 лет. Детям было проведено клиническое, инструментальное (мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки) и генетическое обследование (реагенты «SNP-экспресс», «Литех», Москва). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета программ Статистика 6.0.

Результаты. По результатам клинического и инструментального обследования отмечено, что у детей в исходе перенесенной БЛД значимо чаще наблюдалось формирование хронических заболеваний легких (относительный риск 3,66, 95% доверительный интервал 1,76-7,64, p=0,001, двусторонний точный критерий Фишера). Основными неблагоприятными исходами заболевания были рецидивирующий бронхит и бронхиальная астма, 12 (27,3%) и 8 (18,2%) случаев соответственно. В свою очередь, среди детей контрольной группы клиническое выздоровление наблюдалось у подавляющего большинства детей (n=40 (85,1%)).

У детей основной группы с симптомами рецидивирующего бронхита значимо чаще выявлялся полиморфизм гена MnSOD C47T (16 Ala/Val) (критерий Фишера, p=0,029). Данный генотип у детей с клиническим выздоровлением в исходе БЛД не встречался (критерий Фишера, p=0,703).

Выводы. Дети, имеющие полиморфизм гена MnSOD C47T (16 Ala/Val), имеют повышенный риск развития хронической патологии органов дыхания в исходе БЛД. (Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-015-00219 А).

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С СОСУДИСТЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Павлова Д.Е.[1], Толстова Е.М.[2], Зайцева О.В.[2], Комелягин Д.Ю.[1], Петухов А.В.[1], Яматина С.В [1]

[1]ДГКБ св. Владимира, Москва

[2]Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, кафедра педиатрии

Актуальность. Изменение скорости кровотока в области сосудистых мальформаций приводит к активации системы гемостаза. В связи с необходимостью хирургического лечения большинства пациентов с сосудистыми мальформациями и сопутствующими рисками гематологических нарушений актуальным является изучение особенностей гемостаза у детей при сосудистых мальформациях.

Цель. Оценить состояние системы гемостаза у детей с сосудистым мальформациями головы и шеи.

Пациенты и методы. Обследовано 36 пациентов с сосудистыми мальформациями головы и шеи. Средний возраст 5,7±3,8 лет. Из них 3 (8,3%) с артериовенозными мальформациями, 12 (33,3%) с лимфовенозными, 15 (41,7%) с лимфатическими, 6 (16,7%) с венозными. Оценка гемостаза проводилась однократно при поступлении детей в стационар до назначения лечения с помощью коагулограммы и интегральных методов – тромбоэластографии (ТЭГ, n=36), тромбодинамики (ТД, n=22).

Результаты. Данные стандартной коагулограммы соответствовали референсным значениям. Однако уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов у большинства пациентов оказался повышенным 4,7±0,78 (норма 0–4). ТЭГ: время до момента образования первых нитей фибрина R на нижней границе нормы или ускорено 10,5±3,4’ (норма 9–27). Сроки достижения сгустком фиксированной прочности K 3,6±1,8’ (норма 2–9’) оказались не изменены. Угол альфа, показатель скорости роста фибриновой сети (47,7±14,2) – верхняя граница нормы. Максимальная амплитуда MA 57,4±8,61 (норма 44–64). Параметры ТД отражали гиперкоагуляционное состояние. Скорость роста сгустка (V) 46,5±12,7мкм/мин (норма 20–29) значимо увеличивалась. Стационарная скорость роста сгустка 39,9±7,03мкм/мин (норма 20–29) смещалась в сторону усиления свертывания. Увеличивалась начальная скорость роста сгустка 66,6±6,37 мкм/мин (норма 38–56). При этом время задержки роста сгустка 1,1±0,14’ оставалось в пределах нормы (0,6–1,5’). Плотность сгустка 25375±4148,97 усл.ед. (норма 15000–32000) и размер сгустка через 30 минут 1484,9±156,1 мкм (норма 800–1200) – не изменялись.

Заключение: интегральные методы оценки гемостаза чувствительны к изменению коагуляционного профиля у детей при сосудистых мальформациях. В то время как стандартные коагулологические тесты не изменяются, данные ТЭГ и ТД отражают гиперкоагуляционную направленность. Необходимы дальнейшие исследования для оценки состояния свертывающей системы у детей с различными типами сосудистых мальформаций, определения прогностической значимости интегральных методов оценки коагуляции.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ НА БАЗЕ ИППОТЕРАПИИ

Панкова Т.Б[1,2], Московцева Ж.М.[2], Морозова Е.Н.[3]
[1]Кафедра педиатрии и школьной медицины ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва; 2 ГБУЗ ДГП № 150 ДЗМ, Москва; 3РДМОО «Флена».

Введение. Одной из актуальных и весьма сложных задач педиатрии, неврологии и психиатрии, а также смежных с ними дисциплин является абилитация детей-инвалидов. Особого внимания на этом направлении заслуживает иппотерапия, т.к. лошадь обладает удивительным качеством, создающим эффект эмпатии между ней и всадником. Верховая езда оказывает психотерапевтическое воздействие (ребенок ощущает себя всадником, управляющим лошадью, что повышает уровень самооценки). Кроме этого она обладает многофакторным физическим воздействием, что особенно важно для детей с ДЦП. Это хорошо понимают в центре содействия развитию спортивно-оздоровительной верховой езды и иппотерапии «Флена», тренерский коллектив которого два года назад обратился в ГБУЗ ДГП №150 ДЗМ с инициативой наладить взаимодействие.

Цель работы: разработать методический подход к взаимодействию врачей неврологического отделения (одна из которых является не только кандидатом медицинских наук-неврологом, но и дипломированным психологом) ГБУЗ ДГП №150 ДЗМ и тренерского коллектива РДМОО «Флена» при реабилитации детей с ДЦП, аутизмом, синдромом Дауна, СДВГ.

Пациенты и методы. Работа проводилась на протяжении последних двух лет. Неврологическое обследование прошло 300 детей, из них с ДЦП – 50%, с аутизмом- 30%, с синдромом Дауна – 4%, 16% – со смешанной патологией. По каждому ребенку были сформулированы медицинские назначения, вытекающие из особенностей этиологии, патогенеза, формы заболевания, специфике его течения, психологического статуса ребенка и рекомендации тренерскому коллективу, который проявлял в этом большую заинтересованность. В процессе осуществления иппотерапии дети регулярно осматривались врачами-неврологами, в методику лечения по показаниям вносились коррекции.

Результаты и заключение. Об эффективности данного метода реабилитации свидетельствуют высокие спортивные достижения спортсменок РДМОО «Флена», которые за данный период стали абсолютными чемпионками России по конному спорту лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Следует указать на то, что содружество врачей и тренеров позволило найти дополнительные резервы для оптимизации иппотерапии, как метода реабилитации.

РОЛЬ СИНБИОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ С КСЕРОЗОМ КОЖИ

Панова А.Н., Тихонова И.В., Алексеева Ф.Р., Брезгина Н.Н., Мукминова А.В., Дунаев Ю.К.
ГБУЗ Республики Башкортостан Городская детская клиническая больница №17, Уфа

Введение. Профилактика респираторных заболеваний (ОРЗ) у часто болеющих детей (ЧБД), особенно с врожденным (ихтиоз) и приобретенным (атопический дерматит) ксерозом кожи, вызывает большие сложности, поскольку причины повышенной заболеваемости могут быть различны, в том числе нарушение микробиомы кишечника. Разнообразие микрофлоры кишечника важно для адекватного иммунного ответа.

Цель исследования: оценка эффективности мультиштаммового синбиотика Бак-Сет Форте в профилактике ОРЗ в период эпидемиологического неблагополучия у ЧБД.

Материалы и методы. В исследование включено 65 детей старше 3 лет, получающих Бак-Сет Форте в возрастной дозировке в течение 14 дней, из них 15 детей имели ксероз кожи (2- с врожденным ихтиозом и 13 – с атопическим дерматитом). Группу сравнения составили 33 ЧБД аналогичного возраста, не получивших синбиотик (из них 7 детей с ксерозом кожи).

Результаты. Среди детей основной группы 18 (27,7%) заболели во время приема синбиотика, из них 8 детей (44,4%) были с ксерозом кожи. В группе сравнения заболело ОРЗ все 33 ребенка (100%) ($\chi2=39$; $p=0,0005$). Средняя продолжительность болезни в основной группе составила 4,6 дня, а в группе сравнения – 7,3 дня. Более 50% заболевших детей (11 пациентов) основной группы не имели температурной реакции, только 7 (38,9%) были с субфебрилитетом. У детей с ксерозом кожи без приема синбиотика во время болезни отмечалось ухудшение состояния кожи и носового дыхания. Не болели в течение месяца после отмены синбиотика 55 пациентов (84,6%) основной группы. В группе сравнения за этот период заболело 28 детей (84,9%), не болело только 15,2% ($\chi2=26$; $p=0,0005$). Причем, среди заболевших группы сравнения 12 детей (42,9%) болели 2 раза (из них 6 с ксерозом кожи), а 1 ребенок с тяжелой формой атопического дерматина и аллергическим ринитом– 3 раза за месяц. Следует отметить, что не один ребенок, получавший Бак-Сет Форте, не нуждался в антибактериальной терапии. У всех

детей отмечено нормализация аппетита, состояния кожного покрова и носового дыхания.

Заключение. Получены положительные результаты применения английского мультисинбиотика Бак-Сет Форте у часто болеющих детей, в том числе с ксерозом кожи, в качестве неспецифического иммуномодулирующего средства с целью сезонной профилактики респираторных инфекций, а также снижения тяжести заболевания.

ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ПИТАНИЮ СРЕДИ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Петрунина С.Ю., Зарипова Ю.Р., Петришина А.А., Лопатина Е.К., Шаталова Е.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Различные пищевые девиации среди людей репродуктивного возраста являются основой увеличения распространенности отклонений в пищевом поведении (ПП) и у детей, что не может не волновать будущих врачей-педиатров.

Цель исследования: изучить субъективное отношение обучающихся медицинского университета к своему питанию.

Материалы и методы. Анкетирование студентов 6 курса медицинского ВУЗа.

Результаты. Среди опрошенных преобладали девушки (76%). Сбалансированным свое питание считают 24%, удовлетворительным 65%, неудовлетворительным – 11%. 40% употребляют кондитерские изделия в каждый прием пищи, у 27% кондитерские изделия присутствуют в рационе ежедневно от 1 до нескольких раз. Все же большая часть анкетированных отдает предпочтение фруктам (62%). 41% опрошенных ответили, что их питание в выходной день может состоять из одних перекусов, 59% это контролируют.

Чаще всего среди причин несбалансированного или неудовлетворительного питания были названы внешние (63%), среди которых на первом месте высокая занятость и отсутствие времени на приготовление пищи (17 чел), уровень мат.обеспеченности (6 чел), а так же нежелание готовить, стрессы (6 чел). 26% считают, что имеющиеся проблемы обусловлены внутренними причинами, и 11% отмечают вклад как внутренних, так и внешних факторов.

Среди всех опрошенных положительно ответили на вопрос о возможном наличии расстройств ПП 36%. Половина из них считают, что проблема нарушений имеет происхождение в детском возрасте (17 чел). Среди неправильных моделей воспитания ПП в детстве отметили перекорм (7 чел), насильственное кормление (2 чел), поощрение едой (4 чел), а так же избалованность и отсутствие контроля (4 чел).

Оказалось интересным сопоставить мнение опрошенных студентов о том, насколько сбалансировано они питаются, с присутствием нарушений ПП. Из 10 человек, которые оценили свое питание как неудовлетворительное, 80% считают, что имеют расстройство ПП. Среди тех, кто оценил свое питание как удовлетворительное, таких было 39%, а среди студентов, считающих свое питание сбалансированным – 9%.

82% респондентов (75 чел) считают необходимым изменить свое питание, а 84% уже пытались это сделать. Абсолютное большинство считают, что могут справиться с этим самостоятельно и лишь 7% указывают на необходимую помощь специалистов.

Заключение. 82% обучающихся считают необходимым изменить свое питание и предполагают, что могут сделать это сами. Ведущими причинами нарушений обучающиеся считают внешние. Предполагают у себя расстройства ПП 36%.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, ДЕТСКОЙ КУРОРТОЛОГИИ И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ

Погонченкова И.В.[1], Хан М.А.[1,2], Лян Н.А.[1,2]
[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
[2]ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва

Задачами медицинской реабилитации в педиатрии являются: предупреждение инвалидности, снижение степени инвалидизации при значительном повреждении, максимально возможное улучшение качества жизни, повышение эффективности оказания медицинской помощи. С целью совершенствования нормативно-правовой базы службы медицинской реабилитации Минздравом России подготовлен проект Приказа Минздрава России “О внесении изменений в Порядок организации медицинской реабилитации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н”. Достижением является выделение реабилитации отдельной медицинской специальностью Приказом Минтруда РФ от 03.09.2018 N 572н «Об утверждении профессионального стандарта «специалист по медицинской реабилитации».

В последние годы отмечается актуализация основных направлений развития детской курортологии в Российской Федерации.

В настоящее время распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2018 г. № 2581-р утверждена Стратегия развития санаторно-курортного комплекса (СКК) Российской Федерации. Целями Стратегии являются повышение доступности

санаторно-курортного лечения (СКЛ), развитие лечебно-оздоровительных местностей и курортов, эффективное использование природных лечебных ресурсов, развитие материально-технической базы санаторно-курортных организаций (СКО).

С целью реализации основных задач Стратегии разработаны документы, регламентирующие деятельность санаториев, в том числе для детей.

Одной из важных задач Стратегии развития СКК в РФ является повышение доступности и обеспеченности СКЛ детей. К числу ключевых вопросов развития детской санаторно-курортной службы относятся максимальное и эффективное использование коечной мощности имеющихся детских СКО с целью лечения и медицинской реабилитации детей, прежде всего с хроническими заболеваниями, активное внедрение в практику детских СКО инновационных технологий аппаратной физиотерапии, позволяющих повысить эффективность СКЛ, совершенствование подготовки специалистов в области СКЛ, проведение мероприятий по повышению инвестиционной привлекательности СКО и развитие их инфрастуктуры.

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС МАТЕРЕЙ ОТКАЗНЫХ И БРОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Покровская С.А.[1], Нечаева А.В.[2] , Мартынович Н.Н.[2]
[1]ОГБУЗ ИГПЦ, Иркутск
[2]ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск

Введение Проблема отказных и брошенных детей остается актуальной в России, на их долю приходится 1 % от общего количества новорожденных.

Цель исследования – оценка социального статуса матерей отказных и брошенных детей. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ карт истории родов (Ф 096/у) и истории развития новорожденного (Ф 007/у) отказных и брошенных детей, рожденных в ОГБУЗ ИГПЦ за период 2013–2017 гг.

Результаты. За 5 лет в ОГБУЗ ИГПЦ родилось 42272 живых детей, из которых 110 были отказными или брошенными (0,26%). В 43,2% случаев беременные женщины имели вредные привычки преимущественно в виде никотиновой зависимости 25,6%, наркомании 7,2%. Социально-значимые заболевания, такие как ВИЧ-инфекция была в анамнезе у 15,5 % женщин, сифилис у 10%. Сочетание ВИЧ-инфекции, сифилиса, гепатита С регистрировалось у 5,5%. Не встали на учет в женскую консультацию 82,7% рожениц. Внебольничные роды регистрировались в 7.8% случаев. Практически каждая вторая женщина была первородящей (18,9%). Максимальное количество отказных случаев (59%) приходится на возрастную группу рожениц от 18 до 29 лет. Одинокие женщины составили 61,1%. Среди матерей не образованных, неграмотных выявлено 40%, 6,4 % на момент рождения ребенка являлись студентами, 3/4 беременных были безработные. 12 % рожениц являлись гражданами иностранных государств. 82,7 % матерей указали причину отказа в виде материально-бытовых проблем. 38% самовольно покинули перинатальный центр. Оформили юридический отказ только 62% женщин. Отказные и брошенные дети в последующем были переданы в ИМДКБ – 90,1%, оформлены под опеку – 4,5%, в Дом ребенка – 1,8%. После беседы с матерью, обратно в семью было принято 3,6% детей. Только 4,5 % новорожденных имели ВПР, 70% были доношенными и не имели отклонений в состоянии здоровья.

Заключение. Основную массу матерей, отказавшихся от детей, составили женщины из группы медико-социального риска, имеющие преимущественно материально-бытовые проблемы. Причины отказа никак не связаны с соматическим состоянием новорожденного, инициатива полностью исходила от матери. Введение психологической помощи и работа социального сотрудника в ИГПЦ, позволили снизить количество отказных и брошенных детей.

ТРОМБОЗ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И КРОВЕТВОРНОЙ СИСТЕМ

Пономарева М.Н., Кляшев С.М., Кляшева Ю.М., Лебедев И.А., Алекина В.Н., Аутлев К.М., Климов Е.С., Алекберов Р.И., Козлов М.В.
ФГБОУ ВО Тюменский Государственный Медицинский Университет, Тюмень.

Введение. Одним из самых тяжелых сосудистых заболеваний органа зрения является тромбоз центральной вены сетчатки. Распространенность данной патологии составляет 2,14 на 1000 человек среди лиц старше 40 лет.

Цель работы. Изучить клинический случай пациента с тромбозом центральной вены сетчатки и сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и кроветворной системы.

Материалы и методы. Пациент Д., 67 лет, поступил в приемное отделение ГБУЗ ТО «ОКБ №2» г. Тюмень с жалобами на резкое снижение зрения на правый глаз в течение 3 дней. Был экстренно госпитализирован в офтальмологическое отделение взрослого стационара. Из анамнеза известно, что отмечает повышение цифр АД с максимальным подъемом до 160/90 мм.рт.ст. Также в качестве сопутствующей патологии отмечается хронический лимфоцитарный лейкоз. Локальный статус: Visus OD = счет пальцев у лица не корригирует, OS = 1,0. При биомикроскопии глазного яблока: ДЗН отечный; по ходу сосудистых аркад множественные кровоизлияния. OS – спокоен. ЭКГ: признаки нарушения процессов метаболизма в мио-

карде. Пациенту выставлен основной клинический диагноз: Тромбоз центральной вены сетчатки правого глаза, по ишемическому типу, с отеком макулярной области, гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки обоих глаз. Пациент получал комплексное лечение, которое включало в себя гипотензивную, дегидратационную терапию.

Результаты и обсуждение. На стационарном лечении пациент находился 10 дней. После проведенного стационарного лечения у пациента отмечается улучшение остроты зрения на правый глаз, уменьшение макулярного отека. Пациент выписан из офтальмологического отделения с рекомендациями по дальнейшему контролю заболевания, наблюдению, лечению у офтальмолога по месту жительства.

Выводы. В представленном клиническом случае при АГ и ХЛЛ были выявлены изменения сосудов в виде: расширения и извитости вен сетчатки, неравномерности их калибра, развития диффузного макулярного отека до 720 мкм и значительного снижение зрительных функций.

АХОНДРОПЛАЗИЯ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЙ.

Рещиков Д.А.
Российская детская клиническая больница ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва

Введение: Ахондроплазия является наиболее частой формой карликовости. В основе заболевания лежит мутация гена *FGFR3*. В результате нарушения процессов остеогенеза формируется характерный фенотип. Так же происходит сужение естественных отверстий основания черепа, что приводит к развитию таких грозных состояний, как синдром внезапной смерти во сне и гидроцефалия.

Цель исследования: построение алгоритма диагностических мероприятий, определение критериев для хирургического лечения.

Материалы и методы: на сегодняшний день с 2015 года обследовано 43 ребенка с ахондроплазией. Всем детям диагноз подтвержден молекулярно-генетическим методом. В диагностике использовались: МРТ головного мозга в стандартных режимах + фазоконтрастная МРТ, полисомнография, нейроофтальмологическое обследование, оценка неврологического статуса. Стеноз большого затылочного отверстия с цервико-медуллярной компрессией выявлен у 24 пациентов. Причем в 11 случаях это коррелировало с наличием центральных апное сна. В ряде случаев выявлялась зона дисциркуляторных изменений в цервико-медуллярном регионе. Застойные явления на глазном дне были только у 1 пациента. У всех 24 детей в той или иной степени выраженности имелся тетрапарез. Гидроцефалия обнаружена в 18 случаях. Оперировано 18 пациентов. Выполнена костная декомпрессия кранио-вертебрального перехода без вскрытия твердоф мозговой оболочки. Катамнез составил от 3 месяцев до 3,5 лет. Рецидивов не наблюдалось. Все результаты удовлетворительные – отсутствие стеноза и цервико-медуллярной компрессии, исчезновение зоны миелопатии, восстановление ликворотока, снижение внутричерепной гипертензии, уменьшение степени выраженности пареза.

Заключение: Предложенная диагностическая тактика позволяет в полном объеме определить наличие жизнеугрожающих состояний у детей с ахондроплазией. Показаниями для хирургической интервенции является комбинация 2 из 4 симптомов: стеноз высокой степени, наличие зоны миелопатии в цервико-медуллярной области, центральные апное сна, грубая вентрикуломегалия с признаками декомпенсации ликвородинамики. Вовремя проведенное нейрохирургическое лечения полностью исключает возможность развития синдрома внезапной смерти во сне и уменьшить проявления внутричерепной гипертензии

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ, ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛАЕНСА В РЕАЛИЗАЦИИ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ

Сависько А.А., Павлова А.П., Машкова Л.П., Павленко В.Д., Щербак Л. С.
ГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону.

Введение. Антибиотикорезистентность (АБР) – причина более 700 тыс. смертей в мире ежегодно. При этом за последние несколько десятилетий не был разработан ни один новый антибиотик. Одной их причин роста АБР является необоснованное и нерациональное использование антибактериальных препаратов (АБП) в педиатрической практике.

Цель исследования. Определить уровень приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений и их соответствие резолюции Экспертного совета «Принципы рациональной антибиотикотерапии респираторных инфекций у детей», вступившую в силу с 31 марта 2018 года.

Материалы и методы. Анкетирование 46 врачей-педиатров участковых и 50 родителей детей раннего возраста.

Результаты. Наиболее частыми показаниями для назначения АБП были острые средние отиты, острые стрептококковые тонзиллиты и бактериальные пневмонии. Препаратами старта были незащищенные (80%), защищенные (73,3%) пенициллины и макролиды (46,7%). Цефалоспорины были рекомендованы не более чем в 10%. В большинстве случаев (76,6%) АБП назначались при условии сохранения фебрильной температуры более 3 суток. Определяющими факторами выбора группы АБП были особенности клиниче-

ского течения заболевания (83,5%), результаты общего анализа крови (65,7%), С-реактивного белка и прокальцитонина (37,6%). Стрептококковый тест проводился только в 13,3% случаев при острых тонзиллитах. Дозы АБП пенициллинового ряда соответствуют рекомендуемым только в 46,6%, в 32,3% – макролидов. Длительность курса соответствовала рекомендуемой в 83,3% для группы пенициллинов, в 42,3 % – макролидов. Пробиотики с первого дня АБП назначались врачами в 90% случаев. Анализ анкетных данных родителей установил, что строго придерживаются рекомендаций врача 23,3% родителей. 73,3% отмечают, что могут самостоятельно изменить дозировку или сократить продолжительность курса терапии. Анализ случаев самолечения (26,7%) определил их необоснованность в 100% случаев. 33,3% опрошенных не придерживались рекомендаций педиатра в отношении приема пробиотиков с начала АБТ.

Выводы. Выявлена низкая приверженность пациентов к выполнению назначений врачами по приему АБП. Необходимо акцентировать внимание врачей-педиатров на современные принципы рациональной антибиотикотерапии респираторных инфекций и на проблеме комплаенса с родителями с целью профилактики развития АБР и других побочных эффектов АБП.

АОРТОАРТЕРИИТ ТАКАЯСУ: КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК

Самсонов Н.С., Халидуллина О.Ю., Ушакова С.А., Малинина Е.И., Патрикеева И.М., Евенко А.Ю.
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», Тюмень
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

Введение. Неспецифический аортоартериит (НАА) характеризуется неспецифическим продуктивным воспалением стенок аорты, ее ветвей с облитерацией их устий, а также крупных артерий мышечного типа. НАА – достаточно редко встречающаяся патология: среди детей заболеваемость составляет 2,6 на 1 000 000 человек.

Цель работы. Проанализировать особенности течения и трудности диагностики неспецифического аортоартериита в клинической практике.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ стационарных карт пациентов различных возрастных категорий, проходивших лечение в детском и ревматологическом отделениях ГБУЗ ТО «ОКБ №1» за период 2003–2018 г.г.

Результаты. За 15-летний период с диагнозом НАА было пролечено 6 пациентов в возрасте от 10 до 28 лет (5 женского и 1 мужского пола). Примечательно, что у некоторых пациентов клиника в дебюте заболевания не соответствовала диагностическим критериям, что увеличивало сроки диагностики, а также приводило к изначально неверной постановке диагноза. Клинический полиморфизм данного заболевания обусловлен поражением различных сосудистых бассейнов. В дебюте заболевания у наблюдаемых пациентов наблюдалась такая симптоматика как: лихорадка (3 пациента), значительное снижение массы тела (2 пациента), боль в спине (2 пациент), артралгический синдром (2 пациента), астенический синдром (3 пациента), артериальная гипертензия (2 пациента), отсутствие сосудистого пульса (1 пациент), нарушения зрения (1 пациент) и др. Вследствие этого имели место различные предварительные диагнозы: «гломерулонефрит», «недифференцированный коллагеноз», «атрофия диска зрительного нерва», «острая ревматическая лихорадка», «артериальная гипертензия» и др. Средний срок постановки диагноза составил 13,6±2,0 месяца от момента первых проявлений. В 1 случае НАА был диагностирован только после проведения ПЭТ-КТ. Диагноз НАА установлен на основании критериев EULAR/PRINTO/PreS (2010) и подтвержден ангиографически.

Выводы. НАА характеризуется полиморфизмом клинических проявлений, что значительно усложняет диагностический поиск и увеличивает сроки постановки диагноза. Для постановки диагноза НАА на ранних стадиях требуется настороженность врачей различных специальностей и применение современных методов визуализации.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ КОМПЛАЕНТНОСТИ

Сацук Н.А., Мещеряков В.В.
Окружная клиническая детская больница (ОКДБ), Нижневартовск
Сургутский государственный университет, Сургут

Введение. Важной задачей является достижение максимальной комплаентности пациентов с муковисцидозом (МВ) и их родителей для обеспечения высокой результативности терапии.

Цель. Определить значение приверженности детей с муковисцидозом и их родителей к лечению в эффективности терапии заболевания.

Материалы и методы. В сплошное когортное проспективное сравнительное исследование включены 48 детей с МВ. Дети разделены на 2 группы – в целом соблюдающие в домашних условиях назначенное врачом лечение (группа 1, n=36) и не соблюдающие таковое (группа 2, n= 12). Сравниваемые показатели: индекс массы тела (ИМТ), ранжированные уровни стеатореи (от 0 до ++++) и количества мокроты (0 – нет, 1 – малое количество, 2 – значительное количество, сатурация (PO2, %). Оценка показателей прово-

дилась трижды: при выписке после предшествующей госпитализации, при поступлении на последующую госпитализацию после лечения в домашних условиях и перед выпиской после последней госпитализации (1-е, 2-е и 3-е исследования, соответственно). Выборки представлялись как Me(Q1-Q3), в работе использованы методы Манна-Уитни и Вилкоксона и углового преобразования Фишера.

Результаты. Сравниваемые группы по возрастно-половому составу и возрасту постановки диагноза были сопоставимы (p>0,05). В 1-й группе ИМТ за период домашнего лечения статистически значимо не изменился (15,7 (11,4–18,0) и 16,0 (15,7–20,0), соответственно, p>0,05), во 2-й – уменьшился (16,4 (15,1–19,0) и 15,3 (14,8–18,2), соответственно, p<0,05). Динамика уровня стеатореи в 1-й группе при 1-м, 2-м и 3-м исследованиях составила 0(0–1), 2(2–3) и 0(0–1), во 2-й – 0(0–1), 3 (3–4) и 0(0–1) (p<0,05 при 2-м исследовании). Динамика ранжированного уровня мокроты в 1-й группе при 1-м, 2-м и 3-м исследованиях составила 0(0–1), 1(1–2) и 0(0–1), во 2-й –0(0–1), 2(1–3) и 0(0–1) (p<0,05 при 2-м исследовании). Динамика PO2 в 1-й группе при 1-м, 2-м и 3-м исследованиях составила 94(94–96), 92(90–97) и 97(95–98), во 2-й – 95(94–96), 80(80–86) и 98(96–100) % (p<0,05 при 2-м исследовании).

Заключение. Недостаточная приверженность пациентов с МВ и их родителей определяет необходимость дополнительной работы с ними, в т.ч. с участием психологов, для повышения уровня приверженности к терапии в домашних условиях.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ /МИНИМАЛЬНОЕ СОЗНАНИЕ/: СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ (ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ) ПОМОЩИ

Сиднева Ю.Г.[1,2], Валиуллина С.А.[1], Закрепина А.В.[1,3]

[1]Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХ и Т), Москва, Россия

[2]ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко», Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

[3]Институт коррекционной педагогики Российской академии образования / ИКП РАО / Москва, Россия

Введение. По данным ВОЗ статистика черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у детей ежегодно увеличивается на 2 %. Последствия тяжелого поражения мозга в детском возрасте требуют серьезной реабилитационной помощи детям и их семьям, совершенствования профессиональных знаний специалистов. В связи с этим мероприятия в системе ранней комплексной реабилитации и поиск условий для внедрения инновационных технологий в этой области являются важными и актуальными.

Цель исследования – выделить и описать условия системы ранней комплексной помощи детям с тяжелой травмой мозга.

Материалы и методы. В исследование включено 976 детей в возрасте до 18 лет с диагнозом тяжелая черепно-мозговая травма, получавших реабилитационную помощь в НИИ НДХ и Т (с 2015 по 2018 гг.). Использованы клинические и психолого-педагогические методы.

Результаты. Выделены условия ранней комплексной помощи детям с ТЧМТ в реабилитации: 1) междисциплинарное взаимодействие специалистов, 2) налаживание положительного взаимодействия с семьей ребенка, 3) комплексная диагностика развития (нарушенных функций) ребенка, 4) разработка междисциплинарной программы реабилитации, 5) определение режима реабилитационной нагрузки, 6) контроль и проведение промежуточного мониторинга, 7) оценка эффективности реабилитационных мероприятий, 8) разработка рекомендаций специалистам для амбулаторной реабилитации.

Заключение. Результаты исследования могут быть использованы для организации системы комплексной реабилитации детей с ТЧМТ на раннем этапе, построения в медицинском учреждении взаимодействия врачей, специалистов службы психиатрической, психолого – педагогической помощи [1].

ИЗМЕНЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ТКАНЕВЫХ РЕАКЦИЙ РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Сипягина А.Е., Балева Л.С., [1]Малышев В.С., Карахан Н.М., Егорова Н.И.

НИКИ педиатрии им. Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, [1]Национальный исследовательский университет «МЭИ», Москва

Введение. В связи с аварией на ЧАЭС действие радионуклидов на дыхательную систему (как органы–мишени и депо) способствовало изменению формирования и течения хронических обструктивных бронхолегочных заболеваний (ХОБЛЗ) у детей, проживающих в регионах постоянного действия аллостатической нагрузки – ионизирующей радиации. Тканевые эффекты радиации обусловлены нарушением целостности и функции тканей, приводящим к изменению течения хронических заболеваний на фоне раннего развития фиброзирующих процессов.

Цель – оценить структурно-функциональное состояние органов дыхания, их взаимосвязь с иммунологическими показателями у детей, проживающих в регионах радионуклидного загрязнения, для харак-

теристики тканевых эффектов радиационного воздействия.

Материал и методы. Проанализированы акустические паттерны дыхания по методу бронхофонографии 89 детей в возрасте 3 – 18 лет с клиническими верифицированными диагнозами бронхиальная астма, аллергический бронхит. Оценены спектры дыхания по частотным диапазонам 0,2 – 12,6 кГц, уровни иммуноглобулинов сывороточных IgA, IgM и секреторного IgA. Группа наблюдения – 53 ребенка, проживающих в регионах загрязнения почвы по цезию-137 более 556 кБк/кв.м; группа сравнения – 36 детей из радиационно чистых регионов. Использован корреляционный анализ по коэффициенту Пирсона.

Результаты. Уровень распространенности ХОБЛЗ у детей из регионов радионуклидного загрязнения выше в 3 раза по сравнению с общероссийской детской популяцией, что может быть ассоциировано с ростом врожденных пороков развития бронхолегочной системы. При функциональном исследовании бронхолегочной системы в межприступном периоде выявлены стойкие нарушения, свидетельствующие о напряженном режиме функционирования системы у детей из регионов радионуклидного загрязнения. Данные рентгенологического и КТ-исследования органов дыхания продемонстрировали наличие обструктивных изменений и деформации легочного рисунка с ранними проявлениями фиброзирования. Установлено снижение уровня сывороточных иммуноглобулинов А и М, снижение секреторного иммуноглобулина А практически до нулевых значений. Выявлена утрата корреляционных взаимоотношений (вплоть до изменения характера знака связи) между показателями паттерна дыхания и уровнем иммуноглобулинов у детей из радиационных регионов.

Заключение. У детей из регионов радионуклидного загрязнения установлено изменение течения и увеличение тяжести ХОБЛЗ, что является следствием напряженного режима функционирования дыхательной системы с ранними проявлениями фиброзирования легочной ткани; изменение взаимосвязей между показателями паттерна дыхания и параметрами иммунологического статуса подтверждает роль радиационного фактора в патогенезе ХОБЛЗ.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

Толмачева О.П. [1] *, Самсоненко К.А.*[2] *, Хумаева Д.А .*[2] *, Мартынович Н.Н.*[2]
[1]ГБУЗ ИГОДКБ, Иркутск
[1]ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск

Введение. Апластическая анемия достаточно редкое тяжелое гематологическое заболевание, в основе которого лежит нарушение способности костного мозга вырабатывать три основных типа кровяных клеток. Средняя заболеваемость – 3–5 на 1 млн. всего населения за год. Основную часть больных составляют дети и молодые люди. Цель исследования. Оценить структуру заболеваемости апластической анемией. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 37 историй болезни детей, госпитализированных в отделение онкологии ГБУЗ ИГОДКБ с диагнозом апластической анемии.

Результаты. За период с 1989–2018 гг. в онкологическом отделении пролечено 37 пациентов, у которых впервые был установлен диагноз апластическая анемия. Большинство пациентов страдали приобретенной апластической анемией (ППА) (70 % детей), в 8% случаев прослеживалась отчетливая связь ПАА с течением вирусных инфекций. Первые симптомы развивались через 1–3 года от начала инфекционного процесса. В95 % случаев в клинике наблюдались жалобы на общую слабость, утомляемость, бледность, появление мелкоточечных геморрагий на коже, кровянистые выделения из носа, головокружения, головные боли. Панцитопения диагностирована в 100 % случаев, что явилось основной причиной госпитализации в стационар. Значимых различий по половому признаку не отмечалось – с одинаковой частотой заболевание регистрировалось как у мальчиков, так и девочек в соотношении 1:1. В 38 % случаев постановка диагноза приходится на возраст от 5 до 9 лет, минимальное количество детей (8 %) с ППА приходится на подростковый старший возраст 16–18 лет. Каждый третий ребенок относился к группе детей раннего возраста, каждый четвертый был подростком 10–15 лет. 57 % детей имели сопутствующую патологию со стороны других органов и систем. Пересадка костного мозга в НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева была проведена 3 детям (8 %), из них у 2-х пациентов – с благоприятным прогнозом.

Заключение. Своевременная диагностика ППА достаточно актуальна в настоящее время, в связи с отсутствием уменьшения заболеваемости в течение последних 30 лет. Если болезнь ассоциирована с инфекционными агентами, то необходимо сразу же принимать меры для борьбы с фактором, вызвавшим заболевание.

СТРУКТУРА ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Умнова С.Ю. [1] *, Мартынович Н.Н.*[2]*, Мирзаханова А.В.*[2]*, Данцанова А.А.*[2] *, Хатылева М.Н.*[2]
[1]ГБУЗ ИГОДКБ, Иркутск
[2]ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск

Введение. Онкологические заболевания у детей и подростков встречаются редко, и распространенность, включая гемобластозы, постепенно увеличивается с 1975 года. По данным МНИОИ имени

П.А. Герцена показатель детской (0–17 лет) заболеваемости злокачественными новообразованиям в РФ составил в 2017 г. 13,2 на 100 000 детского населения (14,66 на 100 000 в Иркутской области). Абсолютное число смертей от злокачественных новообразований в группе от 0–17 лет в 2017 году составило 944 ребенка, из них 301 – от лейкозов. Показатель запущенности (IV стадия) 8,5%. Абсолютное число смертей и % показателя запущенности ежегодно снижаются, улучшается диагностика и повышается онкологическая настороженность среди врачей.

Цель исследования – изучение структуры заболеваемости острыми лейкозами детей и подростков Иркутской области.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезней и осмотр 98 детей, находившихся на лечении в отделении онкологии ГБУЗ ИГОДКБ с впервые выявленным острым лейкозом (ОЛ) за период 2014–2018 гг.

Результаты. За пять лет зарегистрировано 98 случаев ОЛ, структура которых представлена следующим образом: острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) – 73 случая (74,5%), острый миелобластный лейкоз (ОМЛ) – 17 (17,3%), острый промиелоцитарный лейкоз (ОПЛ) – 8 (8,2%). По гендерному распределению соотношение мальчиков к девочкам составило: ОЛЛ – 1,4:1; ОМЛ – 0,9:1; ОПЛ – 0,6:1. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу детей старше пяти лет, хотя по общероссийским данным регистрируется от 2 до 5 лет. При проведении иммунологического исследования костного мозга, получено: при ОПЛ в 100% случаев наблюдался М3 вариант, при ОМЛ максимально встречался М7 (41,2% пациентов), а минимально – М5 (5,8%). При ОЛЛ максимально встречающийся вариант В2 (64,4%), а минимально встречающийся В1 (4,1%). Молекулярно-генетическое исследование клеток костного мозга выявило: у пациентов с ОПЛ 100% зарегистрированная t (15;17), с ОМЛ и ОЛЛ транслокации отсутствовали в большей половине случаев (64,7%)

Заключение. В структуре ОЛ у детей преобладает ОЛЛ, соответствует показателям Росстата. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу детей старше пяти лет, что расходится с имеющимися литературными данными. В 64,7% случая при ОЛЛ и ОМЛ транслокации генов отсутствовали.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Ушакова С.А., Петрушина А.Д., Кляшев С.М., Куличенко М.П., Хаит О.В., Халидуллина О.Ю.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

Введение. Программные мероприятия для осуществления в Десятилетие детства, объявленное Указом Президента РФ на период 2018–2027 гг., включают предложения по развитию подростковой медицины, разработку стратегии формирования здорового образа жизни, мониторинг поведенческих факторов риска (ФР) неинфекционных заболеваний (НИЗ) и др.

Цель исследования. Установить гендерные особенности частоты встречаемости поведенческих ФР НИЗ (избыточная масса тела и ожирение, табакокурение, недостаточная физическая активность) у городских и сельских детей подросткового возраста.

Материалы и методы. Для изучения региональных особенностей частоты встречаемости ФР НИЗ выполнено одномоментное клиническое исследование специально организованной выборки из 2352 детей в возрасте 15–17 лет, учащихся общеобразовательных школ, городских (642 мальчика и 650 девочек) и сельских (502 мальчика и 558 девочек) жителей.

Результаты. Дана исходная оценка частоты встречаемости поведенческих ФР НИЗ у подростков: низкая физическая активность (НФА) (56,7%), малоподвижный образ жизни (54,8%), табакокурение (15,9%), избыточная масса тела (МТ) (15,4%, в т.ч. ожирение – 4,8%). Гендерные отличия представлены более высокой частотой НФА у девочек по сравнению с мальчиками – у 44% и 68,6%, соответственно (критерий $\chi2$=143,456, df=1, p<0,001) и, напротив, более высокой частотой регулярного курения у мальчиков по сравнению с девочками – у 23,7% мальчиков и у 8,4% девочек (критерий $\chi2$=101,198, df=1, p<0,001). Малоподвижное поведение по критерию просмотра телевизионных передач и/или работы с компьютером ≥2 часов в день также чаще отмечалось среди девочек, соответственно 65,6% против 43,3% (p<0,001). Избыточная МТ и ожирение встречались с одинаковой частотой независимо от пола – у 15,6% у мальчиков и у 15,1% девочек, при этом избыточная МТ в 2 раза превышала частоту ожирения.

Заключение. При реализации школьно-ориентированных программ по профилактике НИЗ, необходимо учитывать установленные гендерные различия в частоте встречаемости ФР. Полученные в результате исследования данные предлагается использовать для непрерывного мониторинга ФР НИЗ с детского и подросткового возраста.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Чеботарева Ю.Ю., Логинова Э.И., Родина М.А., Летифов Г.М.
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. Проблема врожденных пороков развития (ВПР) матки и влагалища не теряет актуальности. Синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера-Хаузера – ВПР с аплазией влагалища и матки. Частота – 1:5000 новорожденных девочек. Различают варианты: изолированный и, в сочетании с аномалиями развития почек, включая билатеральную аплазию (с-м OVIRA). Патогенез связан с нарушением эмбриогенеза парамезонефральных протоков. Менее выраженные дефекты ведут к образованию двурогой матки или рудиментарному рогу.

Цель исследования – изучение клинических особенностей течения заболеваний, связанных с ВПР матки и влагалища

Материалы и методы. Проанализированы 2 клинических случая ВПР матки и влагалища у девушек-подростков, наблюдаемых в кабинете детского акушера-гинеколога МБУЗ ДП №45 г. Ростова-на-Дону.

Результаты. Пациентка А., 17 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструаций. Родилась от 2 беременности, 2-х родов. Масса тела при рождении – 3100 г, длина – 53 см. Развитие вторичных половых признаков началось в 11–12 лет. Перенесенные заболевания: ОРВИ, цистит, ночной энурез. При осмотре на первом приеме: наружные половые органы развиты правильно, влагалище укорочено до 2см. УЗИ: размеры матки – 31х12х18 мм, яичники без особенностей. МРТ, первое обследование – признаки аплазии матки, второе – признаки гипоплазии. Гормоны крови – ЛГ (3,70 мМЕД/мл), ФСГ (3,45 мМЕД/мл), эстрадиол (376 пмоль/л) в пределах нормы. Цитогенетическое исследование: кариотип 46 ХХ. Диагноз: Аплазия матки и влагалища. Использовали локально крем, содержащий эстриол в течение 3 месяце и курс кольпоэлонгации. В настоящее время величина матки – 36х22х24 мм. Проходимость влагалища – 4х1 см.

Пациентка Ш., 16 лет, удвоение матки диагностировано по скорой помощи из-за разлитого болевого синдрома. При лапаротомии проведено разделение спаек, вскрытие и опорожнение гематокольпосов, удаление правой рудиментарной матки с правой маточной трубой, аппендэктомия, резекция большого сальника, дренирование брюшной полости. Проведена также гистероскопия левой матки. В настоящее время наблюдается по поводу спаечной болезни

Заключение. В основе своевременного диагноза ВПР лежит проведение эхографии в возрасте до 1 года. Демонстрируемые клинические случаи являются примерами ведения пациенток и определения маршрутизации.

СИНДРОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Чичко А.М., Жук А.А.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Ввдение. Удлинение интервала QT статистически чаще встречается у пациентов с сахарным диабетом (СД), чем в общей популяции. Известно также, что удлинение интервала QT у пациентов, страдающих сахарным диабетом 1 типа, может явиться причиной развития аритмий. Работы по изучению интервала QT у детей с СД 1 типа представлены единичными исследованиями.

Цель исследования – определить значения интервала QT у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа, а также проанализировать зависимость между длительностью болезни, уровнем глюкозы в крови и значением интервала QT.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 40 детей (27 девочек и 13 мальчиков) в возрасте от 4 до 17 лет (M=14±3,2 лет), прошедших обследование и лечение в УЗ «2-я ГДКБ» г. Минска в 2017–2018 году. Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакетов Microsoft Office Excel и Statistica 10.0.

Результаты. Для оценки взаимосвязи длительности сахарного диабета 1 типа с СУИ QT были сформированы 3 группы пациентов. Первую группу составили дети с длительностью заболевания от 1 до 5 лет, во второй группе были дети со стажем СД от 6 до 10 лет, в третью группу были включены дети со стажем СД более 10 лет. Среднее значение гликозилированного гемоглобина (НЬА1с) у детей с продолжительностью заболевания до 5 лет составило 9,97±1,6%, у детей с продолжительностью СД 1 типа второй и третьей группы – 9,3±1,7% и 9,0±2,1% соответственно. Выявлено статистически значимое увеличение значения гликозилированного гемоглобина в первой группе пациентов (F=0,15; p=0,004).

Удлиненный интервал QTc (более 440 мс для мальчиков и более 450 мс у девочек) в первой группе был зарегистрирован у 22,2% пациентов (все девочки), во второй и третьей группе – 35% (57% девочек и 42% мальчиков) и 72,7% (62,5% девочек и 37,5% мальчиков) соответственно. Продолжительность интервала QT в среднем (M±m) составила 423,2±8,04 мс для первой группы, 430,75±5,51 мс для второй группы и 448,64±7,18 мс для третьей группы детей (p=0,005). Продолжительность QT не имела достоверных различий у мальчиков и девочек в наблюдаемых группах.

Заключение. Удлиненный интервал QTc встречался у 42,5% детей с сахарным диабетом 1 типа. Среднесуточная длительность интервала QTc связана с длительностью заболевания и не связана с уровнем метаболической компенсации (НЬА1с).

НАРУШЕНИЯ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ

Чупак Э.Л., Арутюнян К.А., Самсонова В.В., Мамедова Э.Э.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России,

Благовещенск

Введение. Нарушения терморегуляции-характерный признак перманентных и пароксизмальных вегетативных нарушений в детском возрасте, возникающий при органической или функциональной недостаточности гипоталамуса, проявляясь длительным субфебрилитетом или гипертермическими кризами.

Цель исследования: определить особенности подростков с нарушением терморегуляции.

Материалы и методы. Обследовано 27 подростков, поступивших в стационар с предварительным диагнозом: лихорадка неизвестного происхождения. Подростки хорошо переносили лихорадку (при повышении температуры тела ребенок оставался активным), отсутствовал озноб, у части пациентов субфебрилитет выявили после перенесенной ОРИ, у большинства детей в анамнезе имели место психоэмоциональные нагрузки (расставание с близкими людьми, перевод в другую школу, начало занятий в школе, повышенные требование к ребенку со стороны родителей), нормализация температуры ночью (ночью и после сна показатели были нормальными, а затем t повышалась по мере активности ребенка), отсутствие адекватного учащения пульса при повышении температуры тела, отсутствие эффекта от жаропонижающих препаратов и сопутствующего лечения ОРИ. Отмечены психоэмоциональные особенности детей (мнительность, тревожность, обидчивость, акцентуация на своем состоянии), повышенная тревожность мам. Среди детей преобладали мальчики-87,5%. В зависимости от продолжительности лихорадочного периода: у 25% детей-до 45 дней, у 75%-более 45 дней. После комплексного обследования был выставлен диагноз: Синдром вегетативной дисфункции, термоневроз.

Результаты. Сравнивая параметры вегетативного гомеостаза подростков с термоневрозом (1 группа) и подростков с синдромом вегетативной дисфункции без проявлений термоневроза (2 группа), выявили, что подростки 1 группы достоверно более вегетативно стигматизированы ($p<0,05$). По результатам кардиоинтервалографии индекс напряжения в покое был достоверно выше в 1 группе ($p<0,05$), что указывает на усиление у них симпатической активности. По результатам электроэнцефалографии более чем у половины подростков (94,1%) выявлены умеренные или близкие к умеренным диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, признаки выраженной ирритации стволовых структур на диэнцефальном уровне.

Заключение. Имеющиеся особенности вегетативного гомеостаза, биоэлектрической активности мозга предрасполагают подростков с нарушениям терморегуляции.

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Шурховецкая А.А., Субач А.С., Назарова Д.С., Шерстнев Г.Е.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Врожденные и наследственные аномалии соединительной ткани могут оказывать негативное влияние на течение соматической патологии.

Цель данной работы – изучить распространенность недифференцированной дисплазии соединительной ткани, а также степень ее выраженности по фенотипическим признакам среди детей с патологией желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы.

Материалы и методы. В ходе работы нами было осмотрено 60 человек, госпитализированных в гастроэнтерологическое и нефрологическое отделения. Для диагностики недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) и степени ее тяжести использовались метод балльной оценки значимости отдельных фенотипических признаков Л.Н. Фоминой и критерии C. Carter и J. Wilkinson в модификации P. Beighton.

Результаты. Среди осмотренных детей 43 были девочки (71,7%), 17– мальчики (28,3%). Распределение по возрасту было следующим: в возрастной группе 3–6 лет – 1 ребенок (1,7%), 7–11 лет – 15 детей (25%), 12–18 лет – 44 ребенка (73,3%). При оценке анамнеза жизни детей никаких особенностей получено не было. При оценке распространенности НДСТ выявлено: I степень НДСТ – вариант нормы – у 15 детей (25%), II степень – умеренная – у 35 детей (58,3%), III степень – выраженная – у 10 детей (16,7%). Наиболее частые фенотипические признаки НДСТ отмечались со стороны кожи: бледность кожи – 66,7%, нежная кожа – 40%, изменения со стороны опорно-двигательного аппарата: сколиоз – у 45% детей, слабость мышц живота – 43,3%; стигмы дизэмбриогенеза: приросшие мочки у 38,3%, широкое переносье – у 30%. При оценке распространенности гипермобильности суставов по P. Beighton выявлено, что уровень показателя, соответствующего норме встретился у 24 детей (40%). Легкая гипермобильность суставов у 28 детей (47%). Выраженная – у 8 человек (13%). При проведении сопоставления результатов при оценке по методу P. Beighton и степенью НДСТ по критериям Л.Н. Фоминой, в которых гипермобильность суставов является лишь одним из признаков дисплазии, взаимосвязи выявлено не было.

Заключение. Среди обследованных детей больше половины имели среднюю степень выраженности НДСТ. У детей из обследованной группы НДСТ выражена за счет изменений кожи, опорно-двигательного аппарата, стигм дизэмбриогенеза.

ОПТИКО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

Юхвид Е.В., Орлова И.С., Орлов С.А.
ГБУЗ ТО ОКБ №2, ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

Введение. Значительное влияние на индивидуальную изменчивость оказывают процессы роста и развития, которые создают разнообразие вариантов структуры тела человека. Результаты исследования морфофункциональных показателей организма свидетельствуют о том, что часть признаков предопределена генетически и наследуется, а другие зависят от влияния окружающей среды и социальных условий.

Цель – с помощью оптико-топографического метода определить у девушек с различными типами телосложения наиболее значимые топографо-анатомические показатели.

Материалы и методы. Проведено комплексное морфофункциональное, соматотипологическое и компьютерно-оптическое исследование 490 девушек возрастной группы 16–20 лет, проживающих на территории Тюменской области. Для изучения нарушения осанки у представителей различных соматотипов, после проведения антропологических измерений, проводилось исследование дорзальной поверхности оптико-топографическим методом «КОМОТ», позволяющим бесконтактно определять трехмерную форму поверхности туловища в системе 35 оптико-топографических показателей.

Результаты. После проведения обследования показано, что наиболее значимыми топографическими показателями и определяющими для соматотипирования являются «ширина» (RWL), «длина» (Lng) и DSL/R – расстояние от угла лопатки до срединной линии туловища. Так, значение длины туловища (Lng) у представительниц астенического типа является наибольшим – 490,71±1,58 мм, а для девушек с гиперстеническим типом, наоборот, наименьшим – 484,12±1,35 мм (p<0,001). Нормостеническая конституция занимает промежуточное положение (486,01±1,57 мм) и различие значений между ними и астениками также является статистически достоверным (p<0,05); недостоверны эти анатомические параметры между гиперстениками и нормостениками, p>0,05. Значение отношения длины позвоночного столба к ширине грудной клетки (RWL) у девушек астенического типа телосложения характеризуется минимальными показателями 59,30±0,23%. У гиперстенического типа рассматриваемый показатель достигает максимума – 67,80±0,39%, являясь достоверным при p<0,001. Для нормостеников, это значение составляет 63,0±0,21%, и различие между рассматриваемыми группами является достоверным (p<0,001).

Заключение. Полученные нормативные возрастные показатели по компьютерной оптической топографии и основные критерии нарушений осанки позвоночного столба необходимо учитывать при проведении скрининговых и профилактических осмотров у детей и подростков.

Раздел 14
КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

СПЕКТР СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Антонова Е.А.
[1]РДКБ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
[2]Детская городская больница № 13 им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения Москвы

Введение. Муковисцидоз (МВ), или кистозный фиброз – наследственное заболевание, сокращающее продолжительность и влияющее на качество жизни пациентов без оказания адекватного лечения. Важно, что во всем мире отмечается высокая распространенность аллергических заболеваний, увеличивается число случаев тяжелых аллергических реакций (анафилаксия, крапивница и нарушение пищеварения при ПА и нарушение развития).

Идея. В связи с высокой частотой аллергических состояний возникла необходимость в определении спектра сенсибилизации у детей с МВ для правильного ведения этих детей, снижения риска развития острых аллергических реакций, для улучшения течения основного заболевания и качества жизни пациентов, посредством правильной диетотерапии.

Цель. Ретроспективный анализ эпидемиологических данных о частоте встречаемости отдельных пищевых аллергенов у пациентов с муковисцидозом с использованием нескольких лабораторных методик.

Материалы и методы. Было обследовано 53 ребенка – 23 мальчика (43%) и 30 девочек (57%), с диагнозом муковисцидоз, установленным на основании результатов генетического метода диагностики, в возрасте от 3 до 17 лет (средний возраст 6±3,17 лет). Для верификации спектра сенсибилизации использовался лабораторный метод диагностики с определением специфических иммуноглобулинов класса Е в образцах сыворотки крови на биологическом микрочипе. Забор венозной крови производился в специальные пробирки с активатором свертывания и гелем, объем крови для диагностики составлял всего 5 мл. Статистическая обработка проводилась с использованием встроенных модулей MS Excel 2013.

Результаты. В ходе проведенного анализа был выявлен высокий титр специфических IgE антител у 37% исследуемых (n=20), наиболее часто к аэроаллергенам: пыльцевым 23% (n=12) (пыльца деревьев, трав); бытовым (домашняя пыль и\или клещи домашней пыли) 19% (n=10), к аллергенам эпителия домашних животных (чаще кошки) у 30% (n=16) обследованных с МВ, к Aspergillus fumigatus у 17% (n=9). Пищевая аллергия диагностирована у 33% пациентов (n=17): сенсибилизация к белкам животного происхождения: к различным фракциям белка коровьего молока у 13% пациентов (n=7), к белку яйца у 20% пациентов (n=10), арахису 13% (n=7), яблоку 7% (n=4).

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют, что МВ достаточно часто ассоциируется с сенсибилизацией к различным аллергенам. При этом до настоящего времени не представлено стандартизованных схем диетотерапии для данной категории детей. Таким образом, на основании широкого спектра встречаемых в практике аллергенов крайне актуальным является создание соответствующих протоколов, что должно напрямую способствовать исключению острых аллергических реакций при контакте с животными, пыльцой деревьев и трав.

ОЦЕНКА УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ (УСК) У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Баранников С.В., Рудер М.В., Дамчат А.М., Хлебникова Т.О., Ткачева А.А., Гончарова Д.А., Хон А.С., Смирнова Е.И., Романцова Е.Б.
ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия», Благовещенск

Введение. Обучение в медицинском вузе связано с большими нервно-психическими нагрузками, которые в случае низкой адаптации могут привести к плохой успеваемости и ухудшению здоровья в целом. Важно выявить у первокурсников сложности приспособления к новым условиям образования, определить этапы работы со студентами, составляющими группу высокого риска нервных срывов. Ключевым звеном полноценной адаптации является локус контроля. Эту важную характеристику изучали у студентов 1–3 курсов: насколько они являются социально зрелыми, ответственными за события, происходящие в их жизни, оценивали их готовность быть активными в образовательном процессе.

Цель исследования. Определить уровень субъективного контроля (УСК) студентов медицинского вуза, выделить группу риска срыва адаптации.

Материалы и методы. Анкетировано 256 студентов 1–3 курсов по составленной анкете и с помощью опросника «Уровень субъективного контроля» (Дж. Роттер в модификации Е.Ф. Бажина); использовали пакет программ «STATISTICA 6.1».

Результаты. Более 2/3 студентов имеют средние и высокие показатели общей интернальности (69%), подтверждающие их хорошую адаптивность и успеваемость. Большинство активно усваивающих программу студентов имели балл ЕГЭ, коррелирующий с высокими показателями интернальности в области достижений (r=0,8). Студенты 3 курса в 2,5 раза чаще имели высокие показатели интернальности в сфере достижений по сравнению с младшим курсом (p=0,001), что говорит о большей зрелости и большей адаптивности в будущей профессии. У приезжих студентов-первокурсников были более низкие показатели общей интернальности по срав-

нению с местными (p=0,001), так же как у студентов, для которых русский язык не был родным (тувинцы, p=0,01), у которых статистически достоверно отличались показатели интернальности в области здоровья и в области достижений (p=0,001 и p=0,01 соответственно).

Заключение. Важно исследовать у первокурсников УСК для создания программ успешной социализации, мотивации достижений, профилактики дезадаптации.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ ТРОМБОТИЧЕСКОГО РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ильина А.Я., Мищенко А.Л., Баринова А.С., Ахалова Е.А., Рыгалова А.Д., Кашин В.Н., Побединская О.С., Царева Л.Э.
РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Кафедра госпитальной педиатрии им. Академика В.А. Таболина, Москва

Введение. Известно, что среди причин акушерской патологии нарушения гемостаза составляют до 75%случаев. По данным статистики в РФ в структуре отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, явившихся причиной смерти новорожденных детей, нарушения гемостаза составляют 16%.

Цель исследования. Оценка состояния здоровья новорожденных с тромботическими осложнениями и без тромботических осложнений на фоне наследственных факторов тромботического риска

Материалы и методы. I группа-новорожденные с тромботическими осложнениями на фоне наследственных факторов тромботического риска(n=22),II группа-новорожденные без тромботических осложнений на фоне наследственных факторов тромботического риска(n=25)

Результаты. Наиболее часто среди полиморфизмов генов свертывающей системы крови и фолатного цикла у детей I и II групп выявлены полиморфизмы генов: PAI-I(81,8% и 80%), MTHFR(63,8% и 60%), MTRR(54,5% и 84%). У детей I группы в 4.5 раза чаще отмечалась мутация Лейдена(18,2%), а у детей II группы–в 2.6 раза чаще полиморфизм гена FXIII(72%). Акушерско-гинекологический анамнез матерей I и II групп соответственно чаще был осложнен: экстренным кесаревым сечением(60% и 48%), угрозой прерывания(30% и 52%), аднекситом(40% и 8%) и гестозом(10% и 20%). Состояние здоровья у детей I и II групп определялось: в/у гипоксией(100% и 92%), ишемией мозга(90% и 92%), ИА(20% и 4%), ЗВУР(10% и 16%), недоношенностью(10% и 8%). В структуре тромботических осложнений у детей I группы были тромбозы: почечной вены(45,5%), нижней полой и почечной вен(45,5%) и артерии правой почки(9%).

Заключение. Таким образом, наиболее отягощенный акушерский анамнез у пациентов I группы в виде обострения аднексита на фоне угрозы прерывания беременности и гестоза, объясняющие высокий процент экстренного кесарева сечения(60%) в связи с острой гипоксией плода, обусловил большую частоту диагностики ишемии мозга(90%) и интранатальной асфиксии(20%) на фоне наиболее часто верифицированных полиморфизмов генов свертывающей системы крови (PAI-I, MTHFR, MTRR) и с преимущественной частотой мутации Лейдена(18,2%) явились этиопатогенетическими механизмами реализации тромботических осложнений (тромбоз почечных и нижней полой вен) у детей I группы. Данное обстоятельство требует выделения детей с наследственными факторами тромботического риска в особую группу риска и является первым этапом алгоритма клинико-гемостазиологического обследования и лечения новорожденных, направленного на профилактику патологии системы гемостаза.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ ТКАНЕЙ ДЕНТИНА И АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИМ РАХИТОМ

Вислобокова Е.В.
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.Евдокимова Министерства здравоохранения России

Гипофосфатемический рахит (ГФР)-это генетически детерминированное заболевание, характеризующееся снижением реабсорбции фосфатов почками. Следствием мутации фосфат-регулирующего *PHEX*-гена и потери фосфатов организмом ребенка является нарушение процесса минерализации костей скелета и зубов.

Актуальность. Наиболее ярким стоматологическим проявлением ГФР считаются периапикальные абсцессы в области корней зубов с внешне интактной коронкой и без травмы в анамнезе. До сих пор подобные осложнения часто заканчиваются удалением временных и постоянных зубов пациентам с ГФР, что обусловливает стойкие морфофункциональные изменения в жевательном аппарате, неблагоприятно влияющие на деятельность органов пищеварительной системы и нарушающие эстетику лица, жевание и речь. Необходимость в эндодонтическом лечении у пациентов с ГФР гораздо выше чем у здоровых сверстников и с возрастом эта потребность только возрастает. Актуальность работы обусловлена поиском объективных критериев для оценки степени поражения ткани дентина и альвеолярной кости, что необходимо для понимания патогенеза стоматологических про-

явлений заболевания и может быть использовано для планирования стоматологического лечения.

Цель исследования: повышение эффективности диагностики стоматологических проявлений ГФР путем изучения морфометрических параметров зубов и проведения сравнительной количественной оценки минеральной плотности дентина и альвеолярной кости на основании данных конусно-лучевой компьютерной томографии у детей с ГФР и в группе контроля.

Пациенты и методы. Морфометрические параметры зубов оценивались по результатам обследования методом конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) 8 пациентов в возрасте от 12 до 15 лет с генетически и биохимически подтвержденным диагнозом E83.3 Нарушения обмена фосфора. Гипофосфатемический рахит (MIM#307800). В контрольную группу были включены данные рентгенологического обследования 14 здоровых пациентов того же возраста с зубочелюстными аномалиями. Минеральная плотность дентина и альвеолярной костной ткани оценивались в единицах Хаунсфилда (HU) с использованием программного обеспечения для визуализации данных компьютерной томографии челюстно-лицевой зоны i-CAT-Vision™. Проведен сравнительный анализ полученных данных в исследуемых группах.

Результаты. У всех пациентов с ГФР были выявлены такие особенности строения зубов, как широкая полость зуба с высоким расположением рогов пульпы, доходящих до эмалево-дентинной границы. Периапикальные абсцессы при отсутствии кариозного поражения коронки зуба и травмы в анамнезе выявлены у 6 из 8 пациентов. По данным КЛКТ минеральная плотность коронкового дентина первых моляров в среднем составила 1392,1 HU и 1918,7 HU в группе ГФР и контрольной группе соответственно (на 27,4% ниже). Минеральная плотность коронкового дентина центральных резцов верхней челюсти в среднем составила 1805,8 HU и 2216,7 HU в группе ГФР и контрольной группе соответственно (на 18,5% ниже). Минеральная плотность корневого дентина первых моляров в среднем составила 1570,2 HU и 1764,7 HU в группе ГФР и контрольной группе соответственно (на 11,0% ниже). Минеральная плотность корневого дентина центральных резцов верхней челюсти в среднем составила 1786,0 HU and 2027,1 HU в группе ГФР и контрольной группе соответственно (на 11,9% ниже). Минеральная плотность альвеолярной кости, измеренная в области бифуркации первых моляров верхней челюсти в среднем составила 212,2 HU и 626,4 HU в группе ГФР и контрольной группе соответственно (на 66,1% ниже), Минеральная плотность альвеолярной кости, измеренная в области бифуркации первых моляров нижней челюсти в среднем составила 212,6 HU и 621.0 HU в группе ГФР и контрольной группе соответственно (на 65,8% ниже).

Выводы. Метод конусно-лучевой компьютерной томографии позволяет выявить и количественно оценить значительное снижение минеральной плотности ткани дентина и альвеолярной кости у детей с гипофосфатемическим рахитом. Низкий уровень минерализации этих тканей может способствовать возникновению такой специфической стоматологической патологии у данных пациентов как множественные периапикальные абсцессы в области корней зубов с внешне интактной коронкой.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА M-TOR ЭВЕРОЛИМУСОМ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ТУБЕРОЗНЫМ СКЛЕРОЗОМ

Григорьева А.В.
Научно-исследовательский клинический институт педиатрии в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И. Пирогова

Введение. Поражение нервной системы доминирует в клинической картине ТС. Эпилепсия отмечается у 80–92% больных. АЭП являются лишь частично эффективными при эпилептических приступах, ассоциированных с ТС. В экспериментальных моделях туберозного склероза ингибитор mTOR рапамицин продемонстрировал хороший противоопухолевый эффект. Эксперименты показали, что применение рапамицина и его производного эверолимуса приводило к нормализации размеров очагов головного мозга. Так же был обнаружен противосудорожный эффект.

Цель исследования: провести оценку эффективности дополнительной терапии препаратом эверолимуса в лечении эпилепсии у пациентов с ТС.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, госпитализированных с эпилепсией при ТС в отделение психоневрологии НИКИ педиатрии в период с ноябрь 2016 года по декабрь 2018 года. Проведен анализ эффективности лечения эпилепсии пациентов старше 1 года с неоперабельными СЭГА диаметром ≥ 1 см и с АМЛ почек диаметром ≥ 3 см, у пациентов ≤ 18 лет и так же по показаниям фармакорезистентной эпилепсии препаратом эверолимусом у 89 пациентов.

Из них 64 пациента препарат был назначен по показанию СЭГА, 8 пациентов – АМЛ почек, 17 – фармакорезистентной эпилепсией. Препарат назначается из расчета средней терапевтической дозы – 8 мг/м^2.

Средний возраст назначения препарата – 7–9 лет. В возрасте от 2–6 лет *n*=49(55%); 7–11 лет *n*=21 (23.6%); 12–18 лет *n*= 15 (16,9%); >18 *n*=4 (4,5%). Среди них мальчиков было 45 (50,6%), девочек

44 (49,4%). У большинства пациентов приступы были фокальные 60 (67,4%), эпилептические спазмы 29 (32,6%). Развитие побочных эффектов происходило в первый год приема препарата. Наиболее частым побочным явлением у пациентов был стоматит. Наиболее неблагоприятным – развитие пневмонии (2,2%). У 10,1% пациентов, побочных проявлений на прием препарата не отмечалась вовсе.

Результаты. Применение эверолиуса позволило добиться исчезновение эпилептических приступов у 11 (12,3%) пациентов.

Сокращение приступов на 50% и более у 18 (20,2%), сокращение приступов менее 50% всего 13 (14,6%). Таким образом несмотря на то что препарат был назначен по показанию СЭГА, АМЛ, он тем не менее оказывал значительное влияние на уменьшение количества эпилептических приступов от исходного уровня.

Таким образом ээверолимус является терапевтически важным препаратом для лечения опухолей, а так же фармакорезистентной эпилепсии у пациентов с ТС. В настоящее время лечение эверолимусом относится к новым подходам терапии эпилепсии у пациентов с ТС.

ИЗМЕНЕНИЯ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА ПРИ НАРУШЕНИИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Каладзе Н.Н., Рыбалко О.Н., Когутницкий А.М.
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Симферополь

Введение. Раннее выявление церебральной патологии у недоношенных новорожденных способствует своевременному планированию вмешательств с целью предупреждения реализации вторичных нарушений.

Цель исследования – выявление маркеров нарушения психомоторного развития для дальнейшего лечения и наблюдения.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 90 поздних недоношенных детей от рождения до 3-х летнего возраста. Психомоторное развитие пациентов оценивалось по шкале Бейли, биоэлектрическая активность мозга реистрировалась посредством многоканальнаой неонатальной ЭЭГ.

Результаты. Среди основных графоэлементов ЭЭГ недоношенного ребенка дельта-щетки являлись доминирующим паттерном быстрой высокоамплитудной активности (8–25 Гц), появляются с 27 недель ПКВ. Максимальная выраженность ритма дельта-щеток наблюдалась в 32–34 недели, которые исчезали к 40 неделям ПКВ. Наличие дельта-щеток на ЭЭГ у недоношенных новорожденных – показатель физиологического развития головного мозга, тогда как их отсутствие на ЭЭГ недоношенных считается индикатором патологии развития головного мозга. Паттерн дельта-щетки отражает физиологическое развитие коры: нейрональное дифференцирование, формирование очагов электрической активности. У 38 % детей было определено нарушение развития в моторной сфере по Шкале Бейли, указывающее на нарушение нейронального дифференцирования, путем изменения модулирования дельта щеток. У 32 % обследованных отмечались нарушения в психомоторной сфере по Бейли, которые сопрождались формированием остро волновых очагов биоэлектрической дельта активности. У 40% обследованных отмечалась демодуляция дельта щеток с последующим их исчезновением.

В ходе исследования была определена взаимосвязь показателей нарушения психомоторного развития и изменения локализации, амплитуды и частоты дельта-щеток у поздних недоношенных детей, что можно использовать как биомаркеты для прогнозирования и лечения ранних и поздних нарушений психомоторного развития.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Киприна А.М.
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России, кафедра детской стоматологии

Актуальность. В настоящее время гломерулонефрит продолжает занимать одно из ведущих мест среди причин развития хронической почечной недостаточности [Сигитова О.Н. Архипов Е.В., 2012; Комарова О.В. и др., 2016]. Среди приобретенных заболеваний почек у детей одним из наиболее распространенных считается гломерулонефрит, что является одной из актуальных проблем педиатрической нефрологии. При всем многообразии морфологических форм гломерулонефрита, его клинических проявлений и ответа на различные виды терапии, основным методом лечения при данном заболевании остается кортикостероидная терапия, которая представляет собой важную проблему из-за развития большого числа побочных явлений. К последним относятся катаракта, остеопороз, нарушения водно электролитного обмена, психозы, задержка роста, появлению изъязвлений на слизистой ротовой полости и желудочно-кишечного тракта, артериальная гипертензия, кушингоидный синдром [Цыгин А.Н. и др., 2003; Настаушева Т.Л. и др., 2017].

Известно, что существует тесная взаимосвязь между состоянием различных систем организма и стоматологическим статусом. Многочисленные факты указывают на то, что при заболеваниях почек

развиваются выраженные изменения со стороны органов полости рта [Белик Л.П. и др., 2002; Иорданишвили А.К. и др., 2015].

Так, в ряде работ было отмечено, что при обследовании полости рта у пациентов с хронической почечной недостаточностью выявлены: высокая степень поражения зубов кариесом, воспаление тканей пародонта, снижение скорости слюноотделения, обложенный белым налетом язык и ксеростомия. Ксеростомия связана со следующими проблемами: изменения вкусовой чувствительности, трудностями при жевании, глотании и разговоре; повышенный риск патологии тканей полости рта, включая повреждения слизистой оболочки, десны и языка; бактериальные и грибковые инфекции, такие как кандидоз, кариес и пародонтит; ухудшение качества жизни. Патология со стороны слизистой оболочки полости рта у этих пациентов объясняется нарушением функции слюнных желёз, фосфорно – кальциевого обмена и понижением иммунологического статуса на фоне проводимой патогенетической терапии [Луцкая И.К. и др., 2011; Майбородин И. В. и др., 2013; Thorman R., 2009; Teratani, G., 2013].

Данные по частоте встречаемости поражений твердых тканей зубов, а также пародонта и функциональной активности слюнных желез, у детей с патологией мочевыделительной системы до настоящего времени немногочисленны и носят противоречивый характер [Белик Л.П., Мельниченко Э.М., 2002; Чугаева У.Ю. и др., 2011; Subramaniam P., 2012].

Учитывая распространенность данной патологии, возникает необходимость изучения особенностей патологии полости рта у детей, страдающих гломерулонефритом, в зависимости от тяжести заболевания и характера проводимой патогенетической лекарственной терапии.

Цель. Изучить основные показатели функциональной активности слюнных желез и стоматологического статуса у детей с гломерулонефритом в зависимости от формы заболевания и проводимой патогенетической терапии.

Пациенты и методы. В нефрологическом отделении ДГКБ Св. Владимира г. Москвы проведено клиническое обследование состояния полости рта у 25 детей с острым и хроническим гломерулонефритом в возрасте от 2 до 16 лет. Из них – 15 мальчиков и 10 девочек. Первую группу составили 12 человек с нефротической формой гломерулонефрита, которые получали системную гормональную терапию не менее 3 недель на момент осмотра. Вторую группу составили 13 человек с нефритическим синдромом или гематурической формой гломерулонефрита, которые не получали гормональную терапию вследствие формы заболевания.

Клиническое обследование стоматологического статуса заключалось в определении распространенности и интенсивности кариеса: индексы кп(з)+КПУ(з) (кариозные, пломбированные и удаленные временные и постоянные зубы), КПУ(з) (кариозные, пломбированные и удаленные постоянные зубы), некариозных поражений зубов. Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали упрощенный индекс гигиены полости рта – OHI S (Oral Hygiene Indices – Simpli ed, 1964 г.). Состояние десны определялось с помощью индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярного) в модификации Parma, 1960 г. Для оценки интенсивности налета на языке использован индекс WTC (Winkel Tongue Coating, предложенный E. Winkel, 1998 г.) и индекс гигиенического состояния языка Улитовского С.Б., 2008 г.

Скорость слюноотделения измеряли по методу Юдина Л.А., Ромачевой И.Ф., 1987 г.

Результаты. Клинический осмотр выявил распространенность кариеса у детей первой группы в 93% случаев, у детей второй группы этот показатель равнялся 96%. В целом, показатели распространенности кариеса в обеих группах высоки и сравнимы. Интенсивность кариеса зубов по индексу кп+КПУ первой группы составила 3,2, второй группы – 3,5. Интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ первой группы равнялся 3,5, второй группы – 2,6. Показатели интенсивности кариеса постоянных зубов (КПУ) среди пациентов первой группы превышали показатели пациентов второй группы в 1,3 раза. Данные изучения уровня гигиены полости рта по показателю зубного налета у детей первой группы составили – 1,9, что оценивается как неудовлетворительный и несколько выше, чем у детей второй группы, где показатели составляют 1,6 – оценивается как удовлетворительный. Некариозных поражений зубов не выявлено.

Слизистая оболочка полости рта у большинства детей имела нормальную окраску, небольшой белесоватый налет на языке выявлен у 5 пациентов первой группы (индекс Улитовского равен 0,6; WTC – 1,04) и у 3 пациентов второй группы (индекс Улитовского равен 0,45; WTC – 0, 75), соответственно.

Хронический гингивит легкой степени тяжести выявлен в 4 случаях у пациентов первой группы, что составляет 33,4%, в то время, как у пациентов второй группы гингивит не обнаружен.

Показатели скорости слюноотделения нестимулированной слюны у пациентов первой группы составили 0,29 мл в минуту, и у пациентов второй группы были равны 0,31 мл в минуту. При стимуляции слюны показатели первой группы составили 0,8 мл в минуту, второй группы были равны 1,2 мл в минуту. Для сравнительной характеристики скорости слюноотделения у детей с гломерулонефритом мы использовали данные изучаемого параметра в группе здоровых детей (1–2 группы здоровья), описанные Сундуковой К.А., 2016 г. Согласно этим данным выявлено некоторое снижение скорости слюноотделения как нестиму-

лированной так и стимулированной слюны у детей с гломерулонефритом. Однако следует отметить более выраженное снижение функциональной активности слюнных желез у детей с гломерулонефритом на фоне гормональной терапии, по сравнению как с группой детей с гломерулонефритом, не получающих данную терапию, так и со здоровыми детьми.

Выводы. Полученные данные позволяют сделать вывод, что у детей с гломерулонефритом наблюдается высокая стоматологическая заболеваемость и умеренное снижение функциональной активности слюнных желез. Вместе с тем у детей с гломерулонефритом, длительно получающих гормональную терапию, отмечаются более высокие показатели заболеваемости кариесом, гингивитом и более выраженное снижение функциональной активности слюнных желез, что говорит о зависимости стоматологического статуса у детей с гломерулонефритом от проводимой патогенетической терапии. Данные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса практических рекомендаций, направленных на повышение эффективности профилактики и лечения стоматологических заболеваний у данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Иорданишвили А.К., Бельских О.А., Тишков Д.С., Карев Ф.А., Музыкин М.И., Либих Д.А.* Особенности функционирования слизистой оболочки полости рта и языка при хронических заболеваниях почек, кишечника и эндокринной патологии. Человек и его здоровье. 2015; № 4: 30–36.
2. *Луцкая И.К., Кравчук И.В., Стружко О.В.* Клинические проявления заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта у пациентов с хронической почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе. Современная стоматология. 2011; № 1: 109–112.
3. *Майбородин И. В., Рагимова Т.М., Миникеев И.М., Ким С.А.* Хроническая почечная недостаточность и изменения ротовой полости (Обзор литературы). Нефрология и диализ. 2013; Т. 15, № 3: 191–198.
4. *Сигитова О.Н., Архипов Е.В.* Эпидемиология хронического гломерулонефрита у взрослого населения. Вестник современной клинической медицины. 2012; Т.5, № 4: 19–22.
5. *Комарова О.В., Цыгин А.Н., Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А.* Скорость прогрессирования хронической болезни почек различной этиологии у детей. 2016.
6. *Сундукова К.А.* Изучение стоматологического статуса и функциональной активности слюнных желез у ВИЧ-инфицированных детей. В сб. научных трудов XXXVIII итоговой научной конференции молодых ученых: М., 2016: 98–100.
7. *Адмакин О.И., Чугаева У.Ю., Нагаевский И.В., Козлитина Ю.А.* Состояние кислотно-основного равновесия полости рта у детей с хроническим пиелонефритом. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011; Т.7, № 1 (приложение): 332–333.
8. *Настаушева Т.Л., Жданова О.А., Батищева Г.А., Звягина Т.Г.* Безопасность длительной глюкокор- тикостероидной терапии у детей с нефротическим синдромом. Педиатрическая фармакология. 2017; 14 (3): 165–172.
9. *Мельниченко Э.М., Белик Л.П.* Состояние органов полости рта у детей с хроническим гломерулонефритом. Стоматология. 2002; № 2: 53–54.
10. *Teratani, G., Awano, S., Soh, I., Yoshida A, Kinoshita N, Hamasaki T, Takata Y, Sonoki K, Nakamura H, Ansai T.* Oral health in patients on haemodialysis for diabetic nephropathy and chronic glomerulonephritis. Clin Oral Investihg. 2013; 17: 483.
11. *Subramaniam P., Gupta M., Mehta A.* Oral health status in children with renal disorders. Clin Pediatr Dent. 2012; 37(1): 89–93.
12. *Thorman R., Neovius M., Hylander B.* Clinical findings in oral health during progression of chronic kidney disease to end-stage renal disease in a Swedish population. Scandinavian Journal of Urology and Nephrology. 2009; 43, 2: 154–159.

СОСТОЯНИЕ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ 12 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОЧАГЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ФЛЮОРОЗА

Кирияк С.О.
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Актуальность. Флюороз зубов – это эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором в результате потребления питьевой воды и продуктов питания с его повышенной концентрацией. Флюороз зубов относится к группе пороков развития первого типа, то есть возникающих до прорезывания зубов, вследствие избыточного поступления фторидов в организм ребенка. (О.О. Янушевич, Л.П. Кисельникова, О.З. Топольницкий, 2017). Фтористая интоксикация вызывает нарушение минерализации эмали, если избыточное поступление фторидов совпадает с периодом закладки и развития зачатка зубов. При избыточном поступлении фторида в организм ребенка развивается токсическое влияние фтора на амелобласты – клетки эмалевого органа зачатка зуба, изменение минерального обмена веществ в развивающемся зубе. (Cameron A.C., Widmer R.P. 2013). При флюорозе нарушается светопреломление эмали, что приводит к своеобразным специфическим изменениям внешнего вида коронки зуба. Диапазон клинических проявлений флюороза значителен, широк и многообразен: от слабовыраженной штриховой формы до темно-коричневых пигментных пятен, расположенных преимущественно на первых постоянных молярах и центральных верхних резцах, эрозий и участков деструкций эмали. (Л.С Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова, 2008). Флюороз по распространенности и медико-социальной значимости является одной из важных проблем в стоматологии. Эндемический флюороз зубов встречается

на всех континентах. На территории России флюороз встречается в Московской, Тверской, Тамбовской и других областях. По данным отечественных авторов частота флюороза постоянных зубов у детей варьирует от 19,3% до 86,2% (В.Г. Серебренникова, 2008; И.В. Куприна, 2009; Н.В. Ногина, 2009; Д.В. Рябов, 2010, С.С. Богомолова, 2011). Различия результатов эпидемиологических стоматологических исследований находится в прямой зависимости от содержания фтора в питьевой воде эндемического очага (В.К. Леонтьев, Л.П. Кисельникова, 2010).

Цель. Оценить состояние постоянных зубов у детей, проживающих в очаге эндемического флюороза.

Материалы и методы. В рамках исследования проводилось комплексное стоматологическое обследование 47 детей в возрасте 12 лет, учащиеся средней школы №12 г. Красногорск, Московской области. По данным Центра гигиены и эпидемиологии Московской области от 17 ноября 2016 года содержание фторидов в питьевой воде г. Красногорск Московской области составляет от 1,5 до 4,5 мг/л. Включение пациентов в исследование проводилось на основе разработанных критериев включения и при наличии информированного добровольного согласия родителей.

Результаты. При анализе данных эпидемиологического обследования среди детей 12 лет выявлена высокая распространенность флюороза постоянных зубов – 63,83%. Детальный анализ данных позволил выяснить характер распределения степени интенсивности флюороза зубов у детей: сомнительная форма флюороза встречалась в 14,89%, очень слабая форма – в 17,02%, слабая форма – в 21,28%, умеренная форма – 10,64%. (по Dean, 1942).

Была выявлена высокая распространенность кариеса постоянных зубов у детей, проживающих в эндемическом очаге флюороза – 65,96% при интенсивности по индексу «КПУ» 2,17. В структуре индекса «КПУ» отмечено преобладание компонента «К» (кариозные зубы) – 1,87, а компоненты «пломбированные» и «удаленные» составили 0,26 и 0,04 соответственно. Анализ гигиенического состояния полости рта обследованных детей выявил удовлетворительный уровень гигиены, среднее значение показателей OHI-S составило 1,58. Было установлено, что у детей с флюорозом кариес встречается в 58,62% при КПУ 1,93, а среди детей, проживающих в той же местности, но без флюороза зубов, кариес встречался чаще – в 77,78% при интенсивности кариеса – КПУ 2,44. Нами было отмечено, что у детей, у которых не выявлен флюороз постоянных зубов и у детей имеющих сомнительную форму данной патологии среднее значение КПУ составило 2,47 и 2,43, соответственно. У детей с признаками очень слабой и слабой формы флюороза постоянных зубов мы отметили уменьшение средних значений КПУ, которые составили 2,25 и 1. Однако, значение КПУ при умеренной форме флюороза постоянных зубов составило 3.

Выводы. Для детей 12 лет, учащихся в средней школе №12 г. Красногорск, Московской области, характерна высокая распространенность флюороза постоянных зубов, в которой преобладают очень слабая и слабая формы флюороза. У детей школьного возраста, проживающих в очаге эндемического флюороза и у которых не выявлен флюороз постоянных зубов, высока распространенность и интенсивность кариеса. У детей с поражением флюорозом постоянных зубов распространенность и интенсивность кариеса несколько ниже. Также хочется отметить, что у детей с умеренной формой флюороза постоянных зубов, отмечается увеличение среднего значения индекса КПУ, что может говорить о снижение резистентности эмали, связанное с начальными деструктивными изменениями в структуре эмали. Было выявлено, что у всех обследованных детей компонент «К» значительно превышает компонент «П», что свидетельствует о высокой нуждаемости в стоматологической помощи. У обследованных детей был отмечен удовлетворительный уровень гигиены, что может свидетельствовать о недостаточном уровне знаний школьников и их родителей о необходимости проведения профилактических мероприятий. Это говорит нам о потребности в увеличении частоты и качества проведения санитарно-просветительской работы в общеобразовательных учреждениях.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Богомолова С.С.* Особенности клиники и современные подходы к лечению кариеса дентина постоянных зубов у детей, проживающих в очаге эндемического флюороза: Автореф. дис ... к.м.н./ Моск. гос. мед.-стоматолог. ун-т. – Москва., 2011. – 3 с.
2. *Куприна И.В.* Влияние минеральной воды «Борисовская» на патологию твердых тканей зубов у детей и применение ее в комплексной профилактике кариеса в Кузбасском регионе: Автореф. дис ... к.м.н. / Кемеров. гос. мед. академия. – К., 2009. – 24 с.
3. *Ногина Н.В.* Сравнительный эпидемиологический анализ стоматологической заболеваемости у детей в экологически неблагоприятном регионе на примере г. Чапаевска: Автореф. дис ... к.м.н. / Самар. гос. мед. универ. – С., 2009. – 25 с.
4. *О.О. Янушевич, Л.П. Кисельникова, О.З.* Топольницкий. Пороки развития твердых тканей зубов у детей // Детская стоматология:учебник – 2017. – 196–202 с.
5. *Рябов Д.В.* Оптимизация организации стоматологической помощи школьникам с флюорозом зубов: Автореф. дис ... к.м.н. / Тверская гос. мед. академия. – Тверь., 2010. – 24 с.
6. *Серебренникова В.Г.* Мониторинг фторида у человека при различных уровнях его потребления в норме и при патологии твердых тканей зубов: Автореф. дис ... к.м.н. / Центральный научно-исследовательский институт сто-

матологии и челюстно-лицевой хирургии Росмедтехнологий – М., 2008. – 24 с.
7. *Cameron A.C., Widmer R.P.* Fluoride and dental health // Handbook of Pediatric Dentistry 4th Edition – 2013. P. 260–265

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Киршина Э.И.[1], Камалова А.А.[1], Сафина Э.Р.[1], Низамова Р.А.[2], Зайнетдинова М.Ш.[2], Хадиева Г.М.[2]
[1]ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань
[2]ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан

Введение. Дети с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) часто имеют расстройства пищевого статуса, связанные как со сниженным потреблением пищи, так и с повышенной потерей питательных веществ с калом и синдромом мальабсорбции. В педиатрической практике эта проблема особенно актуальна, так как питание является не только одним из важных факторов, определяющих адекватность течения воспалительного ответа и адаптационно-компенсаторных процессов, но также играет ключевую роль в процессах роста и развития ребенка.

Цель исследования: оценить антропометрические показатели и компонентный состав тела у детей с ВЗК.

Материалы и методы исследования. Мы оценили антропометрию и состав тела у 60 детей (22 девочки и 38 мальчиков) в возрасте от 4 до 17 лет с ВЗК (ЯК-25 (42%), БК-17 (28%) и 18 (30%) – недифференцированное ВЗК) за период 2012 – май 2019 гг. Для оценки нутритивного статуса были использованы программа ВОЗ AnthroPlus и метод биоэлектрического импеданса (BIA).

Результаты. По данным антропометрии 36 (60%) детей имели белково-энергетическую недостаточность (БЭН) (ЯК – 23 (92%), БК – 13 (77%), $p < 0,05$), 9 (25%) детей – легкую БЭН (ЯК – 2 (8%), БК – 7 (41%)), 20 (56%) – умеренную БЭН (ЯК – 12 (48%), БК – 8 (47%)) и 7 (19%) имели тяжелую БЭН (ЯК – 5 (20%), БК – 2 (12%)). У 4 (7%) детей был обнаружен избыточный вес (ЯК – 3 (12%), БК – 1 (6%)). По данным BIA 50 (89%) детей имели нарушенный состав тела (ЯК – 24 (96%), БК – 15 (88%)). Активная клеточная масса была снижена у 31 (52%) ребенка (ЯК – 18 (72%), БК – 13 (77%)). Увеличение массовой доли жира было обнаружено у 30 (14%) детей с дефицитом веса (ЯК – 18 (72%), БК – 12 (71%)). Более низкие значения фазового угла выявлены при ЯК у 18 детей (72%), при БК -у 10 (59%), $p < 0,05$, что может указывать на низкий уровень функциональных способностей и обострение заболевания.

Заключение. Согласно нашим предварительным данным, расстройства пищевого статуса были выявлены у большинства детей с ВЗК, которые проявлялись не только в форме дефицита веса и задержки роста, но также изменениями компонентного состава тела. Наши результаты требуют более детального изучения состояния питания детей с ВЗК для целенаправленной коррекции питания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ ДЕТЕЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Огарева А.А.
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.Евдокимова Министерства здравоохранения России

Акутальность: Несмотря на большие возможности современной профилактики стоматологических заболеваний, распространенность и интенсивность кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей сохраняется на высоком уровне. По результатам всероссийского эпидемиологического обследования 50% 12-летних детей нуждаются в обучении правилам гигиены полости рта, 19 %- в проведении профессиональной гигиены. У 15-летних детей эти показатели соответственно 57% и 26%.

Известно, что постоянные зубы у детей прорезываются с незаконченной минерализацией эмали и остаются слабо минерализованными в течение длительного времени. Низкий уровень гигиены, особенно в период сменного прикуса, является одним из основных кариесогенных факторов у детей в сменном прикусе. Соответственно, качественная ежедневная гигиена полости рта является необходимым условием для сохранения здоровья полости рта.

Изучение факторов, влияющих на мотивацию детей и родителей к регулярной гигиене полости рта, позволяет систематизировать и дополнить санитарно-просветительскую деятельность. Дети – это группа пациентов, требующая к себе особого подхода. По достижению детьми определенного возраста, становится трудно повысить мотивацию к профилактике стоматологических заболеваний, в связи с этим ее нужно формировать с раннего детства. Знание некоторых коммуникационных приемов поможет врачу наладить контакт с ребенком мотивировать его на проведение гигиенических процедур в полости рта. Исследования показали, что стандартные профилактические беседы и уроки гигиены зачастую оказываются неэффективными. В последние годы им на смену все чаще приходит мотивационное интервьюирование. Мотивационное интервьюирование – это особая техника консультирования, в которой консультант становится помощником в процессе изменений и выражает принятие клиента. Данная методика объединяет в себе самые эффективные спо-

собы ведения беседы, такие как вопросы, слушание, подведение итогов и поддержка, а также она основана на отсутствии споров с пациентом, избегании прямых убеждений. При мотивационном интервьюировании основная роль отводится пациенту, которому дается возможность открыто выразить свои страхи и сомнения.

В последние годы появилось множество современных средств гигиены полости рта, которые также могут помочь повысить интерес ребенка к процессу чистки зубов. Среди общего разнообразия электрических щеток, отдельное место занимают электрические щетки с интерактивным приложением. Интерактивное приложение могут бесплатно скачать родители на свой смартфон. Главный герой – это личный тренер по чистке зубов Спаркли, который обучает и контролирует чистку зубов ребенка, тем самым повышая ее качество. После каждой чистки зубов ребенок получает призы и подарки от Спаркли. Также, в приложении имеется функция «родительский контроль», и «календарь чистки зубов».

Чистку зубов сопровождает видеоролик, который помогает ребенку равномерно очищать все сегменты полости рта.

Анализируя полученную информацию, можно говорить о том, что формирование методов мотивации детей к гигиене полости рта с применением современных средств гигиены, является важной и актуальной для современного общества проблемой.

Цель исследования. Повышение эффективности гигиенических навыков и мотивации к ежедневной гигиене полости рта детей с помощью современных средств гигиены.

Пациенты и методы. В исследовании участвовали дети в возрасте 6–12 лет. В первой группе исследования дети чистили зубы электрическими звуковыми щетками «CS Medica SonicPulsar CS-562 Junior», во второй – электрическими щетками «Philips Sonicare for kids» с интерактивным приложением. В группе сравнения – мануальными зубными щетками. Перед началом исследования ребенка и родителей обучили правилам чистки зубов, проводили мотивационное интервьюирование и контролируемую чистку зубов. Повторный осмотр и контролируемая чистка зубов проводилась через 2 недели.

В процессе исследования определялись индекс гигиены полости рта OHI-S, индекс состояния десны PMA, изучалось состояние зубов, 3 раза проводились осмотры детей, пользующихся зубной щеткой (при первичном обращении, через 2 недели, через 1 месяц). Было проведено исследование микробиологических параметров слюны с помощью теста Ivoclar Vivadent «CRT bacteria». Данный тест позволяет определить количество Mutans Streptococci и Lactobacilli в слюне. Исследование микробиологических параметров слюны детей, участвовавших в исследовании, проводилось два раза (при первичном обращении и через 1 месяц).

Также проводилось анкетирование детей до и через месяц использования зубной щетки. Анкета для первичного анкетирования содержала вопросы о кратности осуществления гигиены полости рта, об отношении к процессу чистки зубов, понравилась ли новая щетка ребенку и хочет ли он эту щетку. Кроме того, выясняли, какой щеткой ребенок пользуется в настоящее время: мануальной или электрической. Анкета для повторного анкетирования содержала аналогичные вопросы о кратности осуществления гигиены полости рта, об отношении к процессу чистки зубов и ряд вопросов об удобстве пользования щеткой, а также вопрос нравится ли новая щетка больше чем старая. На вопросы анкеты дети отвечали самостоятельно, если возникали затруднения, им помогал врач, проводящий исследование.

Родителей мы тоже просили заполнить анкеты перед началом и в конце исследования. В них содержались вопросы о том, пытаются ли родители мотивировать своих детей на чистку зубов, как они это делают, что им в этом помогает и что мешает.

Результаты. Результат анкетирования показал, что большинство детей, участвовавших в исследовании, использовали дома мануальные зубные щетки, только 8 % детей в группах исследования и 12% детей в группе сравнения пользовались электрическими зубными щетками.

При первичном анкетировании большинство детей в обеих группах чистили зубы ежедневно (80% в первой группе исследования, 67% во второй и 88% в группе сравнения). Через месяц от начала исследования все дети стали чистить зубы каждый день, что является следствием проведения с ними мотивационного интервьюирования и контролируемой чистки зубов.

Анализ ответов на вопрос «Сколько раз в день ты чистишь зубы?» при первичном анкетировании показал, что 68% детей в первой группе исследования, 67% во второй и 64% детей в группе сравнения осуществляли чистку зубов два раза в день. Через 1 месяц отмечается увеличения таких детей во всех группах, чуть более выраженное в группе детей, пользовавшихся электрическими зубными щетками (92% и 96% в группах исследования и 88% в группе сравнения). Полученные данные свидетельствуют о тенденции к большей мотивации к правильной гигиене полости рта у детей, использовавших электрические звуковые зубные щетки.

Анализ ответов на вопрос об отношении к процессу чистки зубов показал, что в начале исследования только 60% детей в первой группе исследования, 75% во второй группе и 56% детей в группе сравнения нравилось чистить зубы. После использования электрических зубных щеток число детей, которым стал нравиться процесс чистки зубов уве-

личилось. Через месяц 92% детей в первой группе исследования и 100% во второй группе ответили на данный вопрос положительно. В группе сравнения (у детей использовавших мануальные зубные щетки) динамика была менее выраженной, только 76% детей отметили, что им нравится чистить зубы. Полученные данные свидетельствуют об улучшении отношения детей к процессу чистки зубов и, как следствие, к повышению мотивации к осуществлению гигиены полости рта, более выраженное у детей использовавших электрические звуковые зубные щетки.

Кроме того, при анкетировании выяснялось, понравилась ли новая зубная щетка ребенку, и как изменилось его отношение к зубной щетке через месяц ее использования. На вопрос «Хочешь ли ты такую щетку?» положительно ответили все дети из группы исследования, в то время как в группе сравнения 12% детей не захотели менять свою старую зубную щетку на новую. Через месяц использования дети, которые пользовались электрическими щетками, отметили, что эта щетка нравится им больше, чем старая зубная щетка. Всем детям данной группы было удобно держать щетку рукой, и они отметили, что этой щеткой им удобно чистить зубы. В группе сравнения (дети, которые пользовались мануальными зубными щетками) 88% детей нравилась их новая щетка больше чем старая и 88% детей этой группы отметили, что ее удобно держать и чистить этой щеткой зубы. Полученные результаты также свидетельствуют о позитивном отношении детей к электрическим щеткам.

По результатам анкетирования родителей можно сделать следующие выводы: 67% родителей отметили, что с появлением электрической зубной щетки их ребенок стал более мотивирован к чистке зубов. 42% родителей стали пытаться сделать процесс чистки зубов более интересным и увлекательным для ребенка. И на 10% уменьшилось количество родителей, которые использовали угрозы и наказания для того, чтобы заставить ребенка чистить зубы.

При оценке гигиенического состояния полости рта детей было выявлено, что исходное значение индекса OHI-S у детей групп исследования составило 1,4, а группы сравнения – 1,2. Данные показатели соответствуют удовлетворительному уровню гигиены полости рта.

Нами проводилась оценка разового очищающего действия электрической и мануальной зубных щеток. Анализ изменения уровня гигиенического индекса после чистки зубов выявил хороший разовый очищающий эффект электрических зубных щеток – 71,43% и 82%. В группе исследования гигиенический индекс после чистки зубов снизился с 1,4 до 0,4 и 0,25. При чистке зубов мануальной зубной щеткой также произошло снижение значения индекса гигиены, однако изменения были менее выраженные. В группе сравнения, гигиенический индекс после чистки зубов снизился с 1,2 до 0,6. Редукция исследуемого показателя составила 50%. Таким образом, отмечено хорошее очищающее действие, как электрических зубных щеток, так и мануальных детских зубных щеток. Однако лучшее очищающее действие отмечено у электрических щеток.

После обучения правилам чистки зубов, мотивационного интервьюирования и контролируемой чистки зубов у детей всех групп отмечается тенденция к улучшению гигиенического состояния полости рта. Чтобы оценить характер изменений гигиенического состояния полости рта детей, участвующих в исследовании, проводилось повторное определение гигиенического индекса через 2 недели и 1 месяц от начала исследования. В группах детей, пользующихся электрическими зубными щетками гигиенический индекс через 2 недели от начала исследования составил 0,7 и 0,5, а к концу исследования – 0,6 и 0,5, что является хорошим уровнем гигиены полости рта. Соответственно редукция изучаемого параметра составила 57,14% и 64%. В группе детей, пользующихся мануальной зубной щеткой (группа сравнения), также отмечено улучшение гигиенического состояния полости рта, но оно было менее выраженным. Гигиенический индекс в этой группе через 2 недели от начала исследования был равен 0,7 а через 1 месяц 0,9, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены полости рта. Редукция изучаемого параметра составила 25 %. Таким образом, анализ полученных результатов выявил устойчивую динамику снижения показателя индекса гигиены, что говорит об улучшении гигиенического состояния полости рта у детей через месяц от начала исследования. Особенно выраженное улучшение уровня гигиены отмечено у детей, пользующихся электрическими зубными щетками

Анализ микробиологических параметров слюны проводился в баллах: 0 баллов – соответствует содержанию микроорганизмов 10 -3 КОЕ/мл, 1 балл – 10 -4 КОЕ/мл, 2 балла – 10 -5 КОЕ/мл, 3 балла – 10 -6 КОЕ/мл. Содержание Mutans Streptococci и Lactobacilli в слюне 10 -3 – 10 -4 КОЕ/мл соответствует низкому риску развития кариеса, содержание Mutans Streptococci и Lactobacilli в слюне 10 -5 – 10 -6 КОЕ/мл соответствует высокому риску развития кариеса

Исходное значение содержание Mutans Streptococci составило 1,35 и 1,25, а через 1 месяц – 0,6 и 0,5 балла. При этом уровень стрептококка снизился с 10 -4 КОЕ/мл до 10 -3 КОЕ/мл, что соответствует низкому риску развития кариеса. Отличие составило 60% и 55,55%. В группе сравнения также произошло снижение данного показателя, но оно было менее выраженным – 22,48%. Исходное значение было равно 1,29, а через месяц снизилось до 1,0. Уровень Mutans Streptococci до и после исследования равен 10 -4 КОЕ/мл, соответствует низкому риску развития кариеса.

Исследование изменения содержания Lactobacilli в слюне показало, что через месяц использования электрической зубной щетки отмечено сни-

жение содержание Lactobacilli на 47,37% и 45%. Исходное значение содержание Lactobacilli в слюне был равно 1,52 и 1, а через 1 месяц – 0,8 и 0,55. Уровень Lactobacilli снизился в процессе проведения исследования с 10 -4 КОЕ/мл до 10 -3 КОЕ/мл, что соответствует низкому риску развития кариеса. В группе сравнения исходное содержание Lactobacilli в слюне было ниже, чем в группе исследования и составило 0,92. При этом снижение данного показателя в этой группе через 1 месяц было незначительным, содержание Lactobacilli до и после исследования равно 10 -3 КОЕ/мл, соответствует низкому риску развития кариеса.

Выводы. При использовании электрических зубных щеток происходит более выраженное улучшение индексов гигиены полости рта, по сравнению с мануальными зубными щетками, которое сохраняется в течение 1 месяца.

Использование электрических зубных щеток приводит к снижению количества кариесогенной микрофлоры полости рта у детей в возрасте 5–10 лет. Снижение количества Mutans Streptococci и Lactobacilli в слюне детей пользующихся электрической щеткой было выше, чем у детей, пользующихся мануальной зубной щеткой.

Не отмечено травмирующего действия электрических зубных щеток на поверхность эмали временных и постоянных зубов у детей, а также на ткани пародонта. При осмотрах детей, пользующихся данными зубными щетками, не было выявлено случаев появления гиперчувствительности и поверхностных повреждений на эмали зубов

Анкетирование показало, что у детей, пользовавшихся электрическими зубными щетками, отмечается более выраженная мотивация к правильной гигиене полости рта.

Интерактивное приложение к зубной щетке оказывает положительное влияние на формирование мотивации к чистке зубов и улучшение гигиены полости рта, так как не только делает процесс чистки увлекательным для ребенка, превращая его в игру с различными наградами и поощрениями, но также позволяет родителям контролировать регулярность и продолжительность чистки зубов.

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Рахмаева Р.Ф.[1], Камалова А.А.[1], Аюпова В.А.[2], Першикова И.М.[2], Закирова О.В.[2], Закирова Э.Ф.[2], Салихова Л.Т.[2]

[1]ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань
[2]ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, Казань

Введение. Дети с детским церебральным параличом (ДЦП) находятся в группе высокого риска по развитию нутритивных нарушений. Частота их выявления достигает 70–80% по различным данным.

Цель исследования – диагностика нутритивных нарушений у детей с ДЦП.

Материалы и методы. Изучены антропометрические показатели (рост, вес, ИМТ, окружность средней трети плеча (ОП), данные калиперометрии – толщина кожной складки на трицепсом (ТКСТ), состав тела методом биоэлектрического импеданса (Медасс, Россия) у 51 ребенка с детским церебральным параличом (мальчиков 51% – 26 чел.) в возрасте 2–18 лет (9±3,77 года). Использована шкала GMFCS – система классификации больших моторных функций.

Результаты. Средние величины z-скор составили -0,78 (SD 1.06) для веса, -1,12 (SD 1.3) для роста, -1,1 (SD 1.54) для ИМТ, 0,47 (SD 1.02) для окружности плеча и -0.25 (SD 0,91) для ТКСТ. По данным антропометрии выявлено 11/51 чел. с белково-энергетической недостаточностью (БЭН) легкой степени, 11/51 чел. с БЭН средней степени, 3/51 с БЭН тяжелой степени и 5/51 чел. с избыточной массой тела. Частота обнаружения нарушений физического развития в зависимости от GMFCS было следующим: GMFCS-I – 5/16 чел., GMFCS-II – 8/12 чел., GMFCS-III – 3/4 чел., GMFCS-IV – 11/15 чел. и GMFCS-V 3/4 чел. Оценка компонентного состава тела определила дополнительно 13 человек с нормальным уровнем физического развития, но нарушенным составом тела (дисбаланс жировой и тощей массы тела, изолированное увеличение содержания жира, снижение активной клеточной массы и скелетно-мышечной массы).

Заключение. Нарушения нутритивного статуса выявлены у 84,3% детей с ДЦП, при этом у 58,8% детей – на основании оценки антропометрических показателей, у 25,5% детей – по данным биоимпедансометрии. Эта группа детей также нуждается в нутритивной коррекции. Полученные результаты свидетельствуют о влиянии двигательных возможностей на состояние нутритивного статуса и показывают необходимость комплексной оценки нутритивного статуса у детей с ДЦП.

ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Антонова Е.А.

[1]Детская городская больница № 13 им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения г. Москвы;
[2]ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Введение. В 21 веке аллергические заболевания – глобальная проблема здравоохранения, Из клинических проявлений пищевая аллергия (ПА) наиболее сложное состояние с разнообразными клинически симптомами.

Идея. На основании ретроспективной выборки лечебного учреждения определить наиболее встречающиеся пищевые аллергены, а также форму проявления аллергических реакций.

Цель. Провести эпидемиологическую оценку структуры пищевых аллергенов и формы проявления аллергической реакции у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 246 историй болезни детей в широком диапазоне возраста от 3 месяцев до 16 лет, с различными проявлениями аллергических заболеваний в 2016 – 2018 гг. Из них мальчиков – 109 (44,3%), девочек – 137 (55,7%). Статистическая обработка с использование встроенных модулей MS Excel 2013.

Результаты. Изменение характера и частоты стула было у 197 детей, из них у 121 (49,1%) он был частый, неоформленный с патологическими примесями (слизь и кровь). При этом среди всех пациентов такой стул встречался чаще у детей 1–3 лет – 85,9%. Только 20,1% пациента с ПА нарушений со стороны стула выявлено не было. При определении специфических IgE-антител к пищевым продуктам их повышение отмечалось у 127 детей, которые были старше 3 лет, и только у 33 детей до 3 лет. У 53,6% детей была выявлена сенсибилизация на 3 и более пищевых аллергена; у 25,6% на 2 продукта, и только у 20,8% на 1 продукт. Наиболее значимыми аллергенами были белки молока (БМ), яйца, глютен. Правильная элиминационная диета должная быть со строгим исключением из рациона причинно-значимых аллергенов (всех продуктов, имеющих эти аллергены), сбалансированной для детей с задержкой физического развития, дефицитом массы тела, с симптомами белково-энергетической недостаточности (наиболее важно у детей раннего возраста) в рацион должны быть включены продукты лечебного питания на основе глубокого гидролизованного белка коровьего молока или аминокислот. У детей, наблюдаемых у нас (ДГКБ №13) при назначенной правильно сбалансированной элиминационной диете было клиническое улучшение у большинства (до 84,3%) пациентов с нормализацией функций пищеварительного тракта, купирования кожных проявлений, улучшением состояния (при осмотре через 3 месяца), в дальнейшем (через 6–9 мес) нормализацией нутритивного статуса. У детей с выявленными специфическими IgE-антителами к пищевым аллергенам отмечалось снижение или полная нормализация уровней специфических IgE-антител к выявленным пищевым аллергенам.

Обсуждение. Таким образом, в клинической практике соблюдать современные рекомендации по ведению детей с аллергией к белкам молока, это правильная элиминационная диетотерапия. При симптомах аллергии на БМ у детей первого года жизни, находящихся на смешанном или естественном вскармливании (когда-либо получавших базовую молочную смесь) материнское грудное молоко не должно отменяться, сохраняться в питании ребенка в максимальном объеме. Кормящей женщине назначается гипоаллергенная, правильно сбалансированная диета. При исключении из рациона питания кормящей женщины всех продуктов с БМ (важно исключить все виды БМ) необходима их замена другими белками. При смешанном или искусственном вскармливании базовая молочная смесь ребенку должна быть заменена на лечебную на основе глубоко гидролизованного белка или аминокислот (АКС). Если при приеме смеси на основе высокогидролизованного белка состояние ребенка не улучшается в течение 2 недель, рекомендуется сразу перевод на аминокислотную смесь. Показаниями для назначения смеси на основе аминокислот в качестве первой линии служат: аллергия к БМ, протекающая с задержкой физического развития, трудностями во время кормления, гастроинтестинальными нарушениями с эозинофильным воспалением, сформированной поливалентной пищевой аллергией, тяжелым течением атопического дерматита, анафилаксией, а также симптомами поражения ЖКТ или тяжелого атопического дерматита у детей на смешанном вскармливании и исключительно грудном вскармливании.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А

Абазова З.Х. ... 266
Абдурахманова Ф.Р. ... 266
Абильдинова Г.Ж. ... 155
Абукеримова А.К. ... 242
Агазаде З.Б. ... 185
Агасян Д.Г. ... 307
Агафонова ... 164
Адольф А.В. ... 185
Айвазян С.О. ... 222
Аксенов А.В. ... 308
Алавердян Л.С. ... 188
Алекберов Р.И. ... 259, 303, 329
Алекина В.Н. ... 259, 329
Александрович А.Ю. ... 312
Алексеева Ф.Р. ... 327
Алексина Ю.А. ... 214
Аленин Д.А. ... 308, 309
Алехин А.Н. ... 263
Алешина О.К. ... 209
Алимова И.Л. ... 300
Альбот В.В. ... 233
Амбарумян И.А. ... 206
Ананьева М.А. ... 185, 196
Андреева Э.Ф. ... 234, 245
Анохина В.С. ... 317
Антипова Е.В. ... 292
Антонова Е.А. ... 339, 349
Антонова М.В. ... 304
Апалькова Е.П. ... 155
Арутюнян К.А. ... 335
Архангельская И.И. ... 286
Атанесян Р.А. ... 188
Аутлев К.М. ... 259, 329
Афанасьева Е.В. ... 300
Афонин А.А. ... 250, 267, 275, 297
Афонина Т.А. ... 250, 297
Ахалова Е.А. ... 340
Ахмедова Д.И. ... 206
Ахмедова М.Р. ... 234
Ахмедова Н.Р. ... 206
Ахмедова С.В. ... 234
Аюпова В.А. ... 349
Аяганов Д.Н. ... 250

Б

Бабак М.Л. ... 274
Бабикова И.В. ... 214
Бадмин Д.А. ... 189
Балабаева Ю.В. ... 319
Балалаева И.Ю. ... 234, 292
Балева Л.С. ... 332
Баранников С.В. ... 339
Бареева Л.А. ... 164
Барзунова Т.В. ... 293
Баринова А.С. ... 340
Баськова А.И. ... 152
Батищева Г.А. ... 270, 315, 321
Баум Т.Г. ... 197
Бахмат Я.А. ... 189, 200, 201
Баштакова Е.А. ... 172
Бекезин В.В. ... 308, 309
Белецкая Е.Д. ... 255
Белова Ю.С. ... 164
Белоусова Е.И. ... 310
Белоусова Л.В. ... 233
Белькевич А.Г. ... 235, 239, 246
Беляков В.А. ... 171, 189
Бересневич А.А. ... 268
Бижева Д.В. ... 235, 236
Благосклонов Н.А. ... 152
Близнякова Е.В. ... 172
Блинов Д.В. ... 251
Богданова Д.А. ... 209
Богданова Н.А. ... 238
Бодрова И.В. ... 288
Бойко Е.Л. ... 196
Болдина А.Д. ... 169
Болучевская В.В. ... 152
Бордюгова Е.В. ... 211
Боровикова Е.В. ... 155
Бородин А.В. ... 207, 208
Бородин А.В. ... 207
Борукаев А.М. ... 252, 266
Борукаева И.Х. ... 252, 266
Брагин А.В. ... 325
Брезгина Н.Н. ... 327
Бржеский В.В. ... 245
Брыксина Е.Ю. ... 267
Брынза Н.С. ... 303
Булатникова М.А. ... 217
Бунькова С.А. ... 318
Бурлуцкая А.В. ... 171, 199, 212, 292
Бурлуцкая Т.И. ... 255
Буробина А.В. ... 217
Буряк В.Н. ... 208, 236, 268
Буторина М.Н. ... 253
Бушуева Э.В. ... 186, 187
Быков В.О. ... 274

В

Вавилов А.М. ... 285
Вавилова В.П. ... 285

Вайнштейн Н.П. ... 287
Валиуллина С.А. ... 332
Валов А.Л. ... 237
Варламов Е.Е. ... 165
Василишина А.А. ... 217
Васин К.С. ... 218, 222
Векессер О.А. ... 187, 193, 200
Велижанина С.Е. ... 260
Верисокина Н.Е. ... 188
Виноградова Т.В. ... 252
Вислобокова Е.В. ... 340
Власенко Н.Ю. ... 227, 292, 293, 325
Власова В.И. ... 255
Водовозова Э.В. ... 200, 274, 278
Воинова В.Ю. ... 158
Волкова Е.А. ... 309
Вологжанина Е.В. ... 258
Володина И.В. ... 213
Ворожко И.А. ... 166
Ворожко И.В. ... 179
Воропай Л.А. ... 310
Воропай Н.Г. ... 310
Ворсанова С.Г. ... 218, 222, 231
Воскобоева Е.Ю. ... 223
Выходцева Г.И. ... 178
Вязовая И.В. ... 175

Г

Гаджиев В.А. ... 189
Галактионова М.Ю. ... 209, 305
Галанина А.В. ... 165, 166
Галимова Л.Ф. ... 212
Гарагашев Г.Г. ... 192
Гаров Е.В. ... 286
Герасимов А.П. ... 219
Герасимчик О.А. ... 311
Герцик Н.Э. ... 219
Гирш Я.В. ... 179, 311
Гладилин Г.П. ... 164
Гладких О.А. ... 156
Гладышева-Азгари М.В. ... 222
Глущенко Е.А. ... 258
Говдалюк А.Л. ... 246
Гончаров С.Г. ... 159
Гончарова Д.А. ... 339
Гончарова Р.И. ... 239
Горбань Е.Г. ... 240
Горбач Л.А. ... 302
Горинова Ю.В. ... 220
Горохова Н.Е. ... 172, 194, 198, 242
Горячко А.Н. ... 267
Грачева Л.А. ... 237
Гребенщикова В.А. ... 272
Гречаная О.В. ... 255
Грибанова А.С. ... 191, 302, 310
Грибанова О.А. ... 302
Григорьева А.В. ... 256, 319, 341
Гриднев Н.С. ... 270
Гродникова М.И. ... 312
Грознова О.С. ... 213
Гугля М.А. ... 278
Гуменюк О.И. ... 195, 312
Гунько В.О. ... 275
Гуревич Н.Л. ... 203, 244
Гуров А.В. ... 286
Гусева Д.М. ... 220
Гьокова Е.В. ... 310

Д

Давыдова А.Н. ... 313
Дадали Е.Л. ... 220
Дамчат А.М. ... 339
Данцанова А.А. ... 323, 333
Даулетбеков Н.Д. ... 153
Дашкевич Е.И. ... 312
Дегтярева М.Г. ... 202
Деларю В.В. ... 152, 153, 154
Деларю Н.В. ... 153, 154
Демидова И.А. ... 218
Демикова Н.С. ... 152, 158, 221
Демченко В.И. ... 227
Демьяненко А.В. ... 280
Джуссоева Е.В. ... 166
Дианова Т.И. ... 186
Дмитрачков В.В. ... 175, 176, 268
Дмитрачкова О.В. ... 175, 176
Дмитриева И.В. ... 160, 161
Дмитриева М.К. ... 179
Добролюбова М.В. ... 299
Добрынина О.Д. ... 268
Докучаева С.Ю. ... 189, 277
Домбаян С.Х. ... 180, 297
Донников М.Ю. ... 190, 221
Донос А.А. ... 269
Доровских В.А. ... 253, 258, 260
Доронина М.В. ... 177, 190
Дорохов Н.А. ... 269, 281
Драчков А.А. ... 154, 270
Дроздова Т.Г. ... 304
Дружинина Т.В. ... 308, 309
Дубова Л.В. ... 171
Дубовая А.В. ... 313
Дубровская Т.В. ... 176, 256, 319
Дубровских М.В. ... 289
Дудко М.В. ... 268
Дунаев Ю.К. ... 327

Е

Евенко А.Ю. ... 331
Евстифеев Е.К. ... 207
Евтухова О.В. ... 234, 292

Егорова Н.И. 332
Езерницкая А.И. 274
Екимов А.К. 160, 299
Елисеев О.В. 288
Елкина Т.Н. 191, 302, 314
Ермолаева Д.В. 214

Ж

Жаков Я.И. 278
Жанатаева Д.Ж. 155
Жапова М.Д. 293
Жаров А.Н. 244
Жданова И.А. 314
Жданова О.А. 270, 315, 321
Жданова О.В. 315
Железнякова Т.В. 188
Жилина С.С. 222
Жилябина Ю.С. 303
Жук А.А. 335
Журавлева Л.Н. 271

З

Заболотских Т.В. 253, 258, 260
Заикина М.В. 187, 193
Зайнетдинова М.Ш. 178, 346
Зайцев Н.А. 308, 309
Зайцева М.Л. 272
Зайцева О.В. 167, 326
Закирова О.В. 349
Закирова Э.Ф. 349
Закрепина А.В. 316, 332
Зарипова Ю.Р. 328
Захарова А.И. 257
Захарова Е.Ю. 223
Зеленова М.А. 218, 222
Зенкина А.С. 280, 317
Зенченко О.А. 203, 244, 269, 281
Зернова Е.С. 242
Зиатдинова Н.В. 164
Змановская В.А. 253, 256, 317, 318
Зозуля С.А. 254
Зотова Е.П. 192
Зрячкин Н.И. 204

И

Ибрагимова З.С. 286
Иваненко Г.Ф. 318
Иваненкова Ю.А. 192
Иванникова А.С. 319, 321
Иванова А.В. 186
Иванова Н.Е. 219
Иванова О.Н. 186, 187
Ивойлов А.Ю. 285, 286, 287, 288, 289
Изюрова Н.В. 273
Илиев А-М.И. 269
Иллек Я.Ю. 165, 166
Ильина А.Я. 340
Инарокова А.М. 235, 236
Иноземцева Е.В. 191, 314
Ишниязова Н.Д. 266

К

Казакенова А.К. 254
Кайб И.Д. 157, 273
Кайдаулова К.В. 187, 193
Каладзе Н.Н. 170, 209, 246, 274, 342
Калетюк М.А. 294
Калиновская И.И. 277
Калмыкова Г.В. 255
Камалова А.А. 178, 346, 349
Капустин А.В. 176, 256, 319
Карахан Н.М. 332
Карпов В.В. 322
Карпушкина Е.С. 315
Картушина А.А. 177
Карханина В.А. 274
Карькова Т.А. 320
Касаткин Д.С. 252
Касаткина А.Я. 228
Касимова Е.В. 193
Касьян М.С. 275
Кацова Г.Б. 179
Кашин В.Н. 340
Кашина Т.А. 303
Каширская Е.И. 175
Кашуба Э.А. 304
Каюмова Д.А. 155
Кибирова А.И. 177
Киприна А.М. 342
Кириллов В.И. 238
Кириллова В.П. 176, 256, 319
Кирилочев О.К. 177
Кирилочев О.О. 320
Киричек Е.Ю. 178
Кирияк С.О. 344
Киршина И.А. 227, 325
Киршина Э.И. 178, 346
Киселев А.Р. 196
Кисина А.Г. 287
Клепалова В.В. 294, 295
Климов Е.С. 259, 329
Климов Л.Я. 188
Климова Е.В. 244
Ключникова И.В. 197, 210
Клюшник Т.П. 254
Кляшев С.М. 259, 329, 334
Кляшева Ю.М. 259, 329
Коваленко Л.В. 221
Ковригина Е.С. 197, 210
Когутницкий А.М. 342

Кожанова Т.В. ... 222
Кожевникова Л.А. ... 194, 289
Козин А.И. ... 177
Козлов М.В. ... 259, 303, 329
Козлова Л.В. ... 309
Козырева Т.Б. ... 275
Козыро И.А. ... 235, 239, 246
Кокорина А.А. ... 256
Колбасин Л.Н. ... 221
Колесникова О.В. ... 190
Колесникова О.И. ... 177
Колесов Б.В. ... 213
Колотий А.Д. ... 218
Комаров А.Ф. ... 155
Комелягин Д.Ю. ... 326
Кондратьев Г.В. ... 153
Кондратьева Т.М. ... 293
Кононенко М.И. ... 219
Коробкина О.Г. ... 171
Короткая Н.Н. ... 309
Косинова С.Р. ... 194, 243
Костоева З.А. ... 240, 247
Кострова И.В. ... 280, 317
Котелевская А.О. ... 217
Котова Н.В. ... 180
Кравец В.С. ... 218
Кравченко А.И. ... 313
Крамаренко В.В. ... 172
Красникова Д.И. ... 288
Красовская О.О. ... 280
Кривицкая Н.С. ... 182
Кручинин Е.В. ... 303
Крылова-Олефиренко А.В. ... 240
Крюков А.И. ... 285, 286, 287, 288
Кузьменко Г.Н. ... 192
Кузьмичева К.П. ... 194, 198
Кулагина М.Г. ... 155
Куличенко М.П. ... 334
Кунельская В.Я. ... 285
Кунельская Н.Л. ... 287, 288
Куприянова М.А. ... 323
Курганов А.Ю. ... 234, 292
Куринная О.С. ... 217, 218, 222
Курмачева Н.А. ... 195
Курмашева Е.И. ... 227, 325
Курочкина Ю.А. ... 187
Куртасова Л.В. ... 305
Курьянинова В.А. ... 188
Куулар Н.К. ... 296
Кушбакова А.Т. ... 153

Л

Лавриненко А.А. ... 274
Ладина И.И. ... 192
Лапина А.С. ... 158, 221
Ларионова В.И. ... 217
Ларичева Е.Г. ... 156
Ларькова И.А. ... 166, 179
Латышев Д.Ю. ... 320
Латышева М.Н. ... 237
Латышева М.Н.. ... 237
Лебедев И.А. ... 259, 329
Лебедева Е.Н. ... 224
Лебеденко А.А. ... 275, 280
Левиашвили Ж.Г. ... 245
Левитина Е.В. ... 253, 256, 257, 260, 317, 318
Леденева Л.Н. ... 200, 274, 278
Леднева В.С. ... 321
Лежнина И.В. ... 321
Леонтьев И.А. ... 245
Лепесова М.М. ... 250, 258, 260
Лесогорова Е.В. ... 288
Летифов Г.М. ... 240, 247, 267, 298, 334
Летковская Т.А. ... 240
Лиханова М.Г. ... 191
Личман Д.В. ... 226
Лобанов Ю.Ф. ... 154, 270, 320
Логинова И.Г. ... 275
Логинова Э.И. ... 298, 334
Локшина Э.Э. ... 167
Лопатина Е.К. ... 328
Лукашевич М.Г. ... 322
Лукашенок А.В. ... 303
Лукьянова В.Н. ... 172, 241, 242, 247
Лутовина О.В. ... 195
Лысенко Т.В. ... 229
Любимова Е.В. ... 204
Лязина Л.В. ... 224
Лян Н.А. ... 157, 276, 277, 328
Ляпунова Е.В. ... 168, 277, 279, 321

М

Макарова В.И. ... 214
Макина О.В. ... 296
Максюкова Е.Н. ... 194
Маланичева Т.Г. ... 167
Малеева Н.П. ... 179
Малинина Е.И. ... 192, 289, 331
Малышев В.С. ... 332
Малышева О.В. ... 224
Малышева Т.Ю. ... 256
Малюга О.М. ... 269, 281
Мамбетова А.М. ... 235, 236
Мамедова Э.Э. ... 335
Маметьева В.Л. ... 285
Манукян М.Р. ... 250
Марина О.Д. ... 172
Маркова Ж.Г. ... 230
Мартынов Л.А. ... 310
Мартынович Н.Н. ... 187, 189, 193, 200, 201, 219, 234, 323, 329, 333
Мартюшов А.Э. ... 241

Маслова М.Ю. ... 241
Мастеркова Т.Т. ... 256, 319
Матвеева Е.А. ... 192
Матинян Н.В. ... 310
Мацейна С.А. ... 233
Мачулин А.И. ... 285
Машкова Л.П. ... 330
Медведева Л.В. ... 207, 208, 278, 294
Межаков В.А. ... 241
Мельникова Г.Н. ... 214
Мельникова И.М. ... 228, 279, 296
Мельникова Н.Е. ... 160, 161
Мельцева Е.М. ... 209
Меновщикова Л.Б. ... 324
Мешкова Н.А. ... 247
Мещеряков В.В. ... 155, 156, 190, 193, 221, 268, 331
Мещерякова Т.И. ... 222
Мизерницкий Ю.Л. ... 279
Микитченко Н.А. ... 202, 276
Милеева П.Л. ... 196
Мингаирова А.Г. ... 227, 258, 325
Минина Е.Е. ... 168, 207, 208, 278, 294
Миньженкова М.Е. ... 230
Мирзаханова А.В. ... 323, 333
Мирзахмедова Д.М. ... 266
Митусова Л.И. ... 225
Михеева Н.М. ... 320
Мищенко А.Л. ... 340
Мойсиева Э.Д. ... 182
Мокин Е.А. ... 303
Мокина А.В. ... 257
Молодцов Н.С. ... 161
Морева Г.В. ... 241, 242, 247
Морозов Н.А. ... 303
Морозова Е.Н. ... 327
Морозова З.Н. ... 287, 288
Московцева Ж.М. ... 327
Моторина М.В. ... 194
Мукминова А.В. ... 327
Муратова Р.Н. ... 285
Муреева Е.Н. ... 195, 196
Мухаметзянова В.Г. ... 170
Мухина А.Г. ... 323
Мухортых В.А. ... 166, 179

Н

Набиева Л.В. ... 247
Назаров С.Б. ... 201
Назарова Д.С. ... 336
Назарова Л.К. ... 155
Назарова М.В. ... 263
Назарова Н.Ф. ... 176
Недыхалов И.С. ... 179
Немцева А.С. ... 323
Нечаева А.В. ... 329
Ни А. ... 242
Низамова Р.А. ... 178, 346
Никитина С.Ю. ... 238
Никитченко Н.В. ... 239
Никитюк Ю.В. ... 296
Николаева Е.А. ... 158, 223, 225
Николаева Р.А. ... 186
Новикова В.И. ... 271
Новикова Е.В. ... 324
Новикова Н.Н. ... 234, 292
Норкина М.С. ... 296
Носаль Л.А. ... 253, 258, 260
Нюлякова А.А. ... 199

О

Обухова А.Н. ... 243, 324
Ованесян С.В. ... 185, 323
Оганесян И.С. ... 278
Огарева А.А. ... 346
Огошкова Н.В. ... 304
Одинцова Г.В. ... 219
Окунева Т.С. ... 165
Олейникова В.М. ... 309
Оленчик Н.В. ... 289
Опарина Н.В. ... 226
Орлов С.А. ... 337
Орлова Е.С. ... 325
Орлова И.С. ... 273, 337
Орлова К.А. ... 323
Орлова Л.Н. ... 195
Осипова К.В. ... 222
Осипова Л.П. ... 226
Остроухова И.П. ... 210
Отман И.Н. ... 254

П

Павленко В.А. ... 279
Павленко В.Д. ... 330
Павлинова Е.Б. ... 227, 258, 292, 325
Павлихин О.Г. ... 288, 289
Павлова А.П. ... 330
Павлова Д.Е. ... 326
Павлова О.В. ... 273
Павловская О.Г. ... 156, 160, 161, 299
Пакина В.Р. ... 286
Пампура А.Н. ... 165
Панина О.А. ... 168
Панина О.С. ... 195, 196
Панков Д.Д. ... 197, 210
Панкова Т.Б. ... 197, 210, 327
Панова А.Н. ... 327
Панова И.В. ... 180, 250, 267, 297
Паршукова Л.Н. ... 243
Патрикеева И.М. ... 331
Пахомов А.А. ... 208
Пендина А.А. ... 224

Первишко О.В. ... 197
Пересецкая О.В. ... 309
Першикова И.М. ... 349
Петришина А.А. ... 328
Петрова Л.В. ... 237
Петрова Н.Н. ... 187
Петрова С.А. ... 228
Петросян М.А. ... 188
Петрунина С.Ю. ... 170, 328
Петрушина А.Д. ... 157, 194, 243, 273, 303, 334
Петухов А.В. ... 326
Петухова Ю.А. ... 315
Пирогова Н.Д. ... 303
Платонов Е.В. ... 297
Побединская О.С. ... 340
Погонченкова И.В. ... 157, 328
Погорелова Е.И. ... 168
Подлевских Т.С. ... 303
Подольная М.А. ... 221
Подпружникова Д.А. ... 244
Покровская С.А. ... 193, 201, 329
Покусаева В.Н. ... 300
Поликарпова И.И. ... 228
Полякова О.А. ... 228
Полянская Н.А. ... 227
Полянский А.В. ... 180
Пономарев В.С. ... 269
Пономарева М.Н. ... 259, 329
Пономарева О.В. ... 168, 277, 279, 321
Попова И.В. ... 171, 189, 303
Попова Л.В. ... 179
Почивалов А.В. ... 168
Почкин Е.О. ... 296
Прилуцкая В.А. ... 312
Притыко А.Г. ... 222
Приходченко Н.Г. ... 242
Приходько Е.Д. ... 298
Приходько О.Б. ... 203, 280, 317
Путинцев А.Н. ... 158
Пухова Т.Г. ... 245
Пушков А.А. ... 220
Пшеничная Е.В. ... 211
Пятницкая С.А. ... 195

Р

Раздолькина Т.И. ... 244
Ральченко Е.С. ... 297
Ральченко И.В. ... 181, 182, 297
Рассохина И.П. ... 241
Рахаев А.М. ... 252, 266
Рахмаева Р.Ф. ... 349
Рахманина О.А. ... 253, 257, 260, 317, 318
Ращупкина Т.С. ... 310
Ревенко Н.А. ... 209
Ревчук О.С. ... 183
Ревякина В.А. ... 166, 179
Ревякина Е.В. ... 234
Рещиков Д.А. ... 330
Ржанова Т.Г. ... 198
Родина М.А. ... 298, 334
Рожко Ю.В. ... 267
Романенко Е.С. ... 298, 299
Романенко С.Г. ... 288, 289
Романцова Е.Б. ... 203, 280, 317, 339
Руденко Е.Я. ... 255
Рудер М.В. ... 339
Румянцев А.А. ... 177, 190
Румянцев А.Л. ... 237
Румянцева М.В. ... 202
Рыбакова О.Г. ... 169, 170, 281, 282
Рыбакова Т.Н. ... 165, 166
Рыбалко О.Н. ... 342
Рыбникова В.Ф. ... 255
Рыгалова А.Д. ... 340
Рыков М.Ю. ... 158
Рычкова А.А. ... 198
Рычкова О.А. ... 198, 199, 304
Рычкова Т.И. ... 210
Ряскин К.А. ... 270

С

Сабирова Ф.Б. ... 206
Савельева Н.В. ... 199
Савенкова Н.Д. ... 234, 245
Сависько А.А. ... 159, 330
Сависько Ан А. ... 159
Савостьянов К.В. ... 220
Савченко Е.Е. ... 272, 282
Савченко О.А. ... 227, 325
Сагитова А.С. ... 181, 182, 297
Садыкова Д.И. ... 212
Саламатова Т.В. ... 156
Салихова Л.Т. ... 349
Самкина О.Н. ... 200
Самсоненко К.А. ... 333
Самсонов Н.С. ... 273, 331
Самсонова В.В. ... 335
Сафина Э.Р. ... 178, 346
Сафроненко Л.А. ... 322
Сафронов Б.Г. ... 183
Сацук Н.А. ... 190, 221, 331
Свирская О.Я. ... 267
Селина А.Н. ... 322
Семенюк Е.Н. ... 304
Семерник И.В. ... 280
Семерник О.Е. ... 275, 280
Семячкина А.Н. ... 223
Сенцова Т.Б. ... 179
Сергеева Е.В. ... 242
Сердинская И.Н. ... 167
Серова А.А. ... 296
Сетко Н.П. ... 224

Сецкова С.Ю. ... 302
Сибирякова Н.В. ... 320
Сиднева Ю.Г. ... 316, 332
Симашкова Н.В. ... 254
Симонова Н.В. ... 253, 258, 260
Симонова О.И. ... 220
Синельникова А.Г. ... 159
Сипягина А.Е. ... 332
Ситникова Е.П. ... 245
Ситникова О.Г. ... 201
Сказкина В.В. ... 196
Складнев Д.А. ... 229
Скударнов Е.В. ... 269, 281
Сластникова Е.С. ... 212
Слащева Д.М. ... 303
Слободян Е.И. ... 246
Смилянин А.М. ... 257
Смирнова Е.И. ... 186, 187, 339
Смирнова М.В. ... 224
Снигирева Г.П. ... 318
Снитко С.Ю. ... 167
Соболева Е.М. ... 170
Солянникова Д.Р. ... 168
Старостина О.В. ... 198, 199
Старчикова Т.А. ... 230
Статова А.В. ... 292
Степанова Е.А. ... 286
Степьюк Т.В. ... 289
Стольникова Т.Г. ... 234, 292
Стребелева Е.А. ... 316
Субач А.С. ... 336
Суворова Л.С. ... 177
Сукало А.В. ... 239, 240, 246, 267, 312
Суровикина Е.А. ... 191, 314
Суслова Е.В. ... 166
Суспицын Е.Н. ... 224
Сутовская Д.В. ... 171
Съемщикова Ю.П. ... 182, 185
Сычева Е.А. ... 319

Т

Табиханова Л.Э. ... 226
Тарасова А.А. ... 213
Тарасова Е.А. ... 275
Тардов М.В. ... 286
Татаренко Ю.А. ... 191
Текебаева Л.А. ... 258
Теплова А.В. ... 169
Тепляков А.А. ... 179
Терешкина О.С. ... 256
Тестов Р.М. ... 168
Тилекеева У.М. ... 153, 304
Тимофеева Е.С. ... 203
Тимошкова С.Д. ... 200, 201
Тихонова И.В. ... 327
Ткачева А.А. ... 339
Токарев А.Н. ... 171, 189, 303
Токарская А.К. ... 182
Токарчук Л.В. ... 269
Толмачева О.П. ... 333
Толстая В.В. ... 319
Толстова Е.М. ... 326
Тонких Н.А. ... 211
Третьяков Д.С. ... 247
Трикоменас Н.Н. ... 160, 161
Триль В.Е. ... 212
Трипадуш Н.М. ... 269
Туз В.В. ... 296
Тукина А.М. ... 246
Турманбетова А.К. ... 260
Туровская Н.Г. ... 261, 262, 263
Тюшнякова О.В. ... 297
Тюшнякова О.П. ... 181, 182

У

Узунова А.Н. ... 263, 272
Улезко Е.А. ... 267
Умнова С.Ю. ... 333
Ускенбаев Т.Б. ... 304
Усова Н.Э. ... 212
Успенская Т.Л. ... 252
Ушакова С.А. ... 157, 172, 331, 334
Ушакова Т.Л. ... 310
Уянаева А.И. ... 276

Ф

Файзуллина Е.В. ... 167
Федоров И.А. ... 281, 282
Федяева Е.А. ... 165, 166
Филатова Т.А. ... 277
Фисюк Ю.А. ... 201
Фомичева Н.С. ... 172
Фомкина И.А. ... 214

Х

Хавхун Л.А. ... 176
Хадиева Г.М. ... 178, 346
Хаит О.В. ... 334
Халецкая О.В. ... 243, 324
Халидуллина О.Ю. ... 242, 157, 172, 331, 334
Хан М.А. ... 157, 202, 276, 277, 324, 328
Ханипова Л.В. ... 198, 199, 304
Харабадзе М.Н. ... 158, 225
Харламова Н.В. ... 192, 196, 201
Харламова Н.Н. ... 317
Хатылева М.Н. ... 323, 333
Хачатрян В.А. ... 219
Хлебникова Т.О. ... 339
Хлевная Л.А. ... 225, 229
Хмелевская А.Н. ... 172

Хмилевская С.А. ... 204
Ходченко Е.В. ... 311
Хомутова Л.Н. ... 168
Хон А.С. ... 339
Хумаева Д.А. ... 333

Ц

Царева Л.Э. ... 340
Царьков М.В. ... 183
Цветная И.Н. ... 308, 309
Цунский Н.В. ... 263
Цыдендамбаева С.З. ... 214

Ч

Чабанова Н.Б. ... 192
Чагаева Н.В. ... 168, 279
Чаша Т.В. ... 185
Чебанова И.Г. ... 171
Чеботарева Ю.Ю. ... 240, 247, 298, 334
Чегодаева Н.А. ... 210
Чепис М.В. ... 297
Черкаева А.Х. ... 285
Черкасова Т.М. ... 203
Черненков Ю.В. ... 195, 196, 312
Черникова О.А. ... 319
Черных В.Б. ... 226
Черных Н.Ю. ... 213
Чеснокова Л.Л. ... 209, 305
Чефранова Ж.Ю. ... 255
Чиркова О.Н. ... 245
Чичко А.М. ... 335
Чолоян С.Б. ... 156, 160, 161, 299
Чуксина Ю.Ю. ... 172
Чулков В.С. ... 307, 315
Чупак Э.Л. ... 335
Чурина А.Е. ... 203

Ш

Шадрин Г.Б. ... 285
Шадрин С.А. ... 292
Шалкина Л.А. ... 300
Шанова О.В. ... 213, 214
Шапошникова Н.Ф. ... 248
Шаталова Е.С. ... 282, 328
Шатова Н.А. ... 258
Шаяхметова Л.Ш. ... 181, 182
Швайгерт Т.А. ... 209, 305
Швыдченко Н.Ю. ... 195
Швырев А.П. ... 234, 292
Шеенкова М.В. ... 160, 161
Шерстнев Г.Е. ... 336
Шешегова М.М. ... 198, 199
Шигабеев И.М. ... 213
Шилова Н.А. ... 196
Шилова Н.В. ... 230
Шипилова Л.М. ... 230
Шипула Д.С. ... 319
Широгоров М.А. ... 252
Шишацкая С.Н. ... 242
Шлыкова О.А. ... 195
Шовкун В.А. ... 195
Штарберг М.А. ... 253, 258, 260
Штырь Ю.В. ... 177
Шуваева Т.А. ... 191, 314
Шульга М.А. ... 168
Шумов А.В. ... 214
Шумова А.А. ... 214
Шурховецкая А.А. ... 272, 282, 336
Шутова О.И. ... 152

Щ

Щербак Л.С. ... 330

Ю

Юдицкая Т.А. ... 293
Юнацкая Т.А. ... 292
Юров И.Ю. ... 218, 222, 231
Юров Ю.Б. ... 222, 231
Юхвид Е.В. ... 337
Юшко В.Д. ... 175, 176

Я

Яковенко М.П. ... 155
Яковлева Я.В. ... 187
Якубович Е.С. ... 204
Яматина С.В. ... 326
Яниева Ю.С. ... 303
Яновский В.В. ... 288
Ярмак Ж.А. ... 206

H

Hallmark B. ... 226
Hammer M.F. ... 226
Hsieh P.H. ... 226

K

Karafet T.M. ... 226
Katsumi Furitsu M.D.Ph.D. ... 307

W

Watkins J.C. ... 226

Y

Yoshida Y. ... 307

НЕБУЛАЙЗЕР ГЛЕНМАРК

nebzmart

Горячая линия
8(800)600-61-51
nebzmart.ru
можно заказать online



ЛЕГКО ДЫШАТЬ ЛЕГКО

Технология меш-распыления

технология **активной вибрирующей мембраны**[1,2]

легкий и компактный всего 74г[1]

практически **бесшумная работа мембраны**[1]









RUS-029-NEB

РУ: РЗН 2018/7215 от 28.05.2018

glenmark

ООО «Гленмарк Импэкс». 115114, г. Москва, ул. Летниковская, дом 2, строение 3, 2 этаж; тел.: (499) 951-00-00; www.glenmark-pharma.ru

1. Инструкция по эксплуатации медицинского изделия Небулайзер Гленмарк NEBZMART MBPN002, с полным текстом инструкции можно ознакомиться на сайте nebzmart.ru
2. Технология Active Vibrating Mesh (активная вибрирующая мембрана).

ПЕРЕД ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДАННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИЗДЕЛИЯ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ЭКСПЛУАТАЦИЕЙ

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Нормобакт L

Пробиотический препарат, содержащий изолированный моноштамм LGG в высокой концентрации 4×10^9 КОЕ



Бактерии LGG показаны при[1-3]

- кишечных инфекциях и отравлениях
- дисбактериозе
- пищевой аллергии и атопическом дерматите
- приеме антибиотиков

1. Медицинский Совет. Научно-практический журнал для врачей. №4. 2017. Суржик А.В. Влияние пробиотической культуры Lactobacillus rhamnosus GS на имунный ответ организма. Вопросы современной педиатрии 2009; 8; 2; 54-58. **2.** Goldin B.R., Gorbach S.L., Saxelin M. et al. Survival of Lactobacillus species (strain GG) in human gastrointestinal tract// Dig.Dis. Sd. – 1992. – V. 37, № 1. – P. 121-128. **3.** Медицинский совет. Научно-практический журнал для врачей. №2. 2018. Влияние препарата Нормобакт L (Lactobacillus rhamnosus GG + фруктоолигосахариды) на контроль симптомов атопического дерматита (АтД) средней степени тяжести среди 11 девочек и 9 мальчиков с атопическим дерматитом в возраст.

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Вильпрафен®

джозамицин

Пероральный прием. Инъекционная эффективность[1*]

при респираторных инфекциях

astellas

№1 в назначениях антибиотиков**

Джозамицин – макролид с более высокой активностью в отношении основных возбудителей респираторных инфекций по сравнению с азитромицином и кларитромицином[2,3***]



ЛП-004305 от 22.05.2017

Дозировочный шприц обеспечивает более высокую точность дозирования детских суспензий антибиотиков[4****]

Антибиотики в лекарственной форме таблетки диспергируемые могут способствовать созданию в крови концентраций активного вещества, сопоставимых с инъекционными лекарственными формами и, как следствие, демонстрировать «инъекционную эффективность», т.е. эффективность, сопоставимую с таковой парентеральных лекарственных форм препаратов при лечении нетяжелых инфекций; ** Критерий: Антибиотики компании АО «Астеллас Фарма» - №1 по совокупному количеству назначений врачами. Согласно данным Аудита врачебных назначений RxTest TM по количеству назначений врачами 17 специальностей 21 города России (по итогам 2018г., группа J01 «Антибактериальные средства для системного применения», с участием 16760 врачей), по данным информационно-аналитической базы «Система исследования Рынка Фармэксплорер», лицензионные права на которую принадлежат ООО «Проксима Рисерч»; ***Под основными возбудителями респираторных инфекций понимаются S. pneumoniae, S. pyogenes, M. pneumoniae; ** По сравнению с мерной ложкой. 1. Яковлев С. В., Довгань Е. В. Аспекты эффективности антибиотиков. Справочник поликлинического врача. №6, 2014 г., стр. 4–5; 2. Ou G. et al. In vitro subminimum inhibitory concentrations of macrolide antibiotics induce macrolide resistance in Mycoplasma pneumoniae. Hippokratia 2015;19 (1): 57–62. По данным модельного исследования по изучению активности макролидов при воздействии субминимальными ингибирующими концентрациями макролидов на штаммы M. pneumoniae джозамицин проявил более высокую активность в отношении данного возбудителя по сравнению с кларитромицином и азитромицином, продемонстрировав самые низкие показатели МПК50 и МПК90, равные 4 мг/л и 8 мг/л соответственно; 3. МАКМАХ, НИИАХ. Онлайн платформа анализа данных резистентности к антимикробным препаратам в России. http://map.antibiotic.ru/ дата обращения 21.02.2018). За период 2010–2015 гг. МПК90 джозамицина в отношении S. pneumoniae и S. pyogenes ниже, чем МПК90 азитромицина и кларитромицина в отношении указанных патогенов. 4. Shonna H. Yin et. al. Liquid Medication Errors and Dosing Tools: A Randomized Controlled Experiment. Pediatrics. 2016 Oct;138(4). pii: e20160357. Epub 2016 Sep 12.*

Краткая информация по применению лекарственного препарата Вильпрафен® (гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь)

Регистрационный номер: ЛП-004305. **Торговое наименование препарата:** Вильпрафен®. **Международное непатентованное наименование (МНН):** Джозамицин. **Лекарственная форма:** гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь. **Показания к применению:** Инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные чувствительными к джозамицину микроорганизмами: Инфекции верхних дыхательных путей и ЛОР-органов: тонзиллит, фарингит, паратонзиллит, ларингит, средний отит, синусит, дифтерия (дополнительно к лечению дифтерийным анатоксином), скарлатина (в качестве альтернативы бета-лактамным антибиотикам, если их применение невозможно); Инфекции нижних дыхательных путей: острый бронхит, обострение хронического бронхита, внебольничная пневмония, коклюш, пситтакоз; Инфекции кожи и мягких тканей: фолликулит, фурункул, фурункулез, абсцесс, сибирская язва, рожа, экзема, лимфангит, лимфаденит, флегмона, панариций, раневые (в том числе послеоперационные) и ожоговые инфекции; Инфекции полости рта: гингивит, перикоронит, периодонтит, альвеолит, альвеолярный абсцесс; Инфекции глаз: блефарит, дакриоцистит; Инфекции мочеполовой системы: негонококковые инфекции урогенитального тракта (в т.ч. уретрит, цервицит, эпидидимит, простатит, вызванные хламидиями и/или микоплазмами, сифилис (при гиперчувствительности к пенициллину), венерическая лимфогранулема); Заболевания желудочно-кишечного тракта, ассоциированные с *H. pylori*: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит и др. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к джозамицину, вспомогательным веществам, другим макролидам; применение препарата одновременно с приемом эрготамина, дигидроэрготамина, цизаприда, пимозида, ивабрадина или колхицина (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами»); применение препарата матерью в период кормления грудью ребенка, получающего терапию цизапридом (см. раздел «Применение при беременности и в период грудного вскармливания»); тяжелые нарушения функции печени; дефицит сахаразы/изомальтазы, непереносимость фруктозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. **С осторожностью:** у больных с почечной недостаточностью терапию джозамицином следует проводить с учетом результатов соответствующих лабораторных тестов (определение клиренса эндогенного креатинина). Джозамицин не рекомендуется применять совместно со следующими лекарственными средствами: эбастин, агонисты дофаминовых рецепторов (бромокриптин, каберголин, лизурид, перголид), триазолам, галофантрин, дизопирамид, такролимус, терфенадин и астемизол (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами»). Требуется соблюдение осторожности при совместном применении джозамицина со следующими препаратами: карбамазепин, циклоспорин, антикоагулянты непрямого действия, силденафил, теофиллин, аминофиллин, дигоксин. **Способ применения и дозы** *Режим дозирования:* Препарат Вильпрафен® выпускается в нескольких лекарственных формах и дозировках. Лекарственная форма «гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь» создана специально для детей в 3 дозировках: 125 мг/5 мл, 250 мг/5 мл и 500 мг/5 мл. Вместе с препаратом в комплекте содержится специальный шприц с делениями и метками, соответствующими весу ребенка. Данный шприц используется для точной дозировки и приема приготовленной суспензии внутрь. Рекомендуемая суточная доза джозамицина 50 мг/кг веса должна быть разделена на 2 равных приема: 25 мг/кг утром и 25 мг/кг вечером, не превышая в каждый прием дозу 1 г. Продолжительность лечения определяется врачом в зависимости от характера и тяжести инфекции и обычно составляет не менее 5-7 дней. В случае пропуска очередного приема не следует принимать двойную дозу препарата. В соответствии с рекомендациями ВОЗ длительность лечения стрептококкового тонзиллита должна составлять не менее 10 дней. Дозировка препарата зависит от массы тела ребенка. Набираемый шприцем объем суспензии, соответствующий весу ребенка, содержит дозу препарата на один прием. Препарат принимают равными частями 2 раза в сутки: препарат Вильпрафен® в дозе 125 мг/5 мл предназначен для младенцев с массой тела 2-5 кг и укомплектован шприцем, который градуирован от 2 до 5 кг. Одно деление данного шприца соответствует весу 0,5 кг и дозе препарата Вильпрафен® 12,5 мг. Препарат Вильпрафен® в дозе 250 мг/5 мл предназначен для детей с массой тела 5-10 кг и укомплектован шприцем, который градуирован от 2 до 10 кг. Одно деление данного шприца соответствует весу 1 кг и дозе препарата Вильпрафен® 25 мг. Препарат Вильпрафен® в дозе 500 мг/5 мл предназначен для детей с массой тела 10-40 кг и укомплектован шприцем, который градуирован от 2 до 20 кг. Одно деление данного шприца соответствует весу 1 кг и дозе препарата Вильпрафен® 25 мг. Необходимо всегда строго придерживаться дозировки, назначенной врачом. При наличии сомнений в правильности применения следует проконсультироваться с лечащим врачом. Будьте внимательны! Дозировочный шприц используется исключительно для перорального введения суспензии **препарата** Вильпрафен® и не должен применяться для дозирования другого лекарственного средства. ***Не используйте другие приспособления для дозирования и введения суспензии препарата*** Вильпрафен® ***(шприц, ложечку, пипетку от другого препарата), помимо данного специального шприца, соответствующего конкретной дозировке (т.е.*** поставляемого в комплекте с препаратом**).** Примеры дозирования суспензии: Для ребенка весом 4 кг следует использовать препарат Вильпрафен® в дозе 125 мг/5 мл и прилагаемый шприц с градуировкой 2-5 кг. На один прием следует набрать данным шприцем суспензию до метки «4 кг». Кратность приема – 2 раза в сутки. Для ребенка весом 6 кг следует использовать препарат Вильпрафен® в дозе 250 мг/5 мл и прилагаемый шприц с градуировкой 2-10 кг. На один прием следует набрать данным шприцем суспензию до метки «6 кг». Кратность приема – 2 раза в сутки. Для ребенка весом 15 кг следует использовать препарат Вильпрафен® в дозе 500 мг/5 мл и прилагаемый шприц с градуировкой 2-20 кг. На один прием следует набрать данным шприцем суспензию до метки «15 кг». Кратность приема – 2 раза в сутки. Если вес ребенка превышает вес, указанный на делениях шприца, наберите требуемый объем суспензии за два раза. Например, для ребенка весом 30 кг сначала наберите в шприц «2-20 кг» суспензию до метки «20 кг», затем до метки «10 кг». Кратность приема – 2 раза в сутки.

Приготовление суспензии

1. Хорошо встряхнуть содержимое флакона; **2.** добавить охлажденную кипяченую воду до круговой риски; **3.** взболтать и дать отстояться в течение нескольких минут для того, чтобы хорошо рассмотреть уровень жидкости; **4.** добавить воды (при необходимости) до круговой риски на флаконе, образующаяся пена должна всегда находиться над этой меткой; **5.** перед применением готовую суспензию тщательно взболтать.



Введение препарата

1. Поместить прилагаемый шприц с делениями во флакон, содержащий готовую суспензию; **2.** набрать суспензию в шприц, вытянув поршень шприца до метки, соответствующей весу ребенка; **3.** после использования промыть шприц водой; **4.** прикленть держатель шприца, вложенный в упаковку, на одну из сторон флакона, свободную от нанесенной информации (желательно); **5.** после использования поместить шприц в держатель на флаконе.



После вскрытия флакона и приготовления суспензии срок хранения суспензии при комнатной температуре составляет 7 дней. **Побочное действие:** *Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта:* Тошнота, рвота, боли в животе, диарея, псевдомембранозный колит, гастралгия, стоматит, запор. *Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки:* Эритематозные макулопапулезные высыпания, мультиформная эритема, буллезный дерматит, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла. *Нарушения со стороны иммунной системы:* Реакции гиперчувствительности в виде сильного зуда, крапивницы, отека лица, отека Квинке (ангионевротического отека), затруднения дыхания, анафилактоидных реакций и анафилактического шока; сывороточная болезнь. *Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей:* Повышение активности трансаминаз и щелочной фосфатазы, желтуха, холестатический или цитолитический гепатит. *Нарушения со стороны сосудистой системы:* Пурпура, кожный васкулит. *Расстройства обмена веществ и нарушения питания:* Снижение аппетита. *При появлении перечисленных реакций, а также реакции, не указанной в инструкции, необходимо обратиться к врачу.* **Взаимодействие с другими лекарственными препаратами:** Применение следующих препаратов совместно с джозамицином противопоказано в связи с возможностью развития серьезных побочных эффектов: *Эрготамин, дигидроэрготамин:* Результатом взаимодействия является риск выраженного сужения сосудов (эрготизм) с возможным развитием некроза конечностей (из-за ингибирования печеночного метаболизма и элиминации алкалоидов спорыньи). *Цизаприд, пимозид:* В результате взаимодействия повышается риск развития жизнеугрожающих аритмий, в том числе желудочковой тахикардии типа «пируэт». *Ивабрадин:* В результате взаимодействия повышается концентрация ивабрадина в плазме крови и связанные с ним побочные эффекты (из-за ингибирования печеночного метаболизма ивабрадина). *Колхицин:* Результатом взаимодействия является повышение риска возникновения побочных эффектов колхицина, включая потенциально смертельные. Применение следующих препаратов совместно с джозамицином не рекомендуется: *Эбастин:* Повышение риска жизнеугрожающих аритмий у пациентов с врожденным синдромом удлиненного интервала QT. *Агонисты дофаминовых рецепторов (бромокриптин, каберголин, лизурид, перголид):* Повышение концентрации агонистов дофаминовых рецепторов в плазме крови с потенциальным усилением их активности, появлением симптомов передозировки. *Триазолам:* Несколько случаев усиления побочных эффектов триазолама (расстройства поведения). *Галофантрин:* Повышение риска желудочковых аритмий, в том числе желудочковой тахикардии типа «пируэт» («torsades de pointes»). По возможности, следует отменить прием джозамицина. Если отменить одновременный прием лекарственных препаратов невозможно, необходим мониторинг интервала QT и ЭКГ. *Дизопирамид:* Повышение риска развития побочных эффектов дизопирамида: тяжелой гипогликемии, увеличения продолжительности интервала QT и жизнеугрожающих аритмий, в том числе желудочковой тахикардии типа «пируэт». Необходим мониторинг клинических и лабораторных данных, а также регулярный контроль ЭКГ. *Такролимус:* Повышение концентрации в плазме крови такролимуса и креатинина в результате ингибирования метаболизма такролимуса в печени. *Терфенадин и астемизол:* Во время совместного применения джозамицина и антигистаминных препаратов, содержащих терфенадин или астемизол, может быть увеличен риск развития жизнеугрожающих аритмий. Применение следующих препаратов совместно с джозамицином требует соблюдения осторожности: *Карбамазепин:* Возможно увеличение концентрации карбамазепина в плазме крови и развитие симптомов передозировки в связи с ингибированием его печеночного метаболизма. Рекомендуется проводить мониторинг состояния пациента и концентрации карбамазепина в плазме крови. Может потребоваться снижение дозы карбамазепина. *Циклоспорин:* Совместное назначение джозамицина и циклоспорина может вызывать повышение уровня циклоспорина и креатинина в плазме крови и повышать риск нефротоксичности. Следует регулярно контролировать концентрацию циклоспорина в плазме крови и функцию почек. Доза циклоспорина должна быть скорректирована во время совместного применения с джозамицином, а также после прекращения применения джозамицина. *Антикоагулянты непрямого действия:* Возможно усиление эффекта антикоагулянтов непрямого действия, повышение риска развития кровотечения. Необходим частый контроль международного нормализованного отношения (МНО). Может возникнуть необходимость в уменьшении дозы антикоагулянтов непрямого действия во время совместного применения с джозамицином, а также в некоторых случаях – после прекращения применения джозамицина. *Силденафил:* Возможно увеличение концентрации силденафила в плазме крови, повышение риска артериальной гипотензии. В случае необходимости совместного приема рекомендуется принимать наименьшую дозу силденафила. *Теофиллин и аминофиллин:* Следует соблюдать осторожность при совместном применении джозамицина с теофиллином или аминофиллином, т.к. существует риск увеличения концентрации теофиллина в плазме крови, особенно у детей. *Дигоксин:* При совместном назначении джозамицина и дигоксина возможно повышение уровня последнего в плазме крови. *Другие антибактериальные препараты:* Поскольку бактериостатические антибиотики *in vitro* могут уменьшать антимикробное действие бактерицидных антибиотиков, их одновременного применения следует избегать. Джозамицин не следует одновременно применять с линкозамидами в связи с возможным взаимным уменьшением эффективности. **Особые указания:** При применении практически всех антибактериальных средств, включая джозамицин, описаны случаи развития псевдомембранозного колита, который может представлять угрозу для жизни. Возможность возникновения данного нежелательного явления следует иметь в виду у пациентов с диареей на фоне или после приема джозамицина. Необходим тщательный сбор анамнеза, поскольку диарея, вызванная *Clostridium difficile*, может развиться в течение 2 месяцев после окончания курса терапии антибиотиком. В случае возникновения псевдомембранозного колита препарат отменяют и назначают необходимое лечение. Лекарственные препараты, ингибирующие перистальтику кишечника, в данной ситуации противопоказаны. У больных с почечной недостаточностью терапию джозамицином следует проводить с учетом результатов соответствующих лабораторных тестов (определение клиренса эндогенного креатинина). Следует учитывать возможность перекрестной резистентности к различным антибиотикам из группы макролидов: микроорганизмы, устойчивые к лечению родственными по химической структуре антибиотикам, могут быть также резистентны к джозамицину. Данный лекарственный препарат содержит натрий в количестве менее 1 ммоль на 5 мл суспензии (или дозы, рассчитанной на 5 кг). ***Частные вопросы нарушения международного нормализованного отношения (МНО):*** Отмечаются многочисленные случаи увеличения активности антикоагулянтов непрямого действия у пациентов, принимающих антибиотики. Факторами риска являются наличие инфекционного заболевания (и сопутствующий воспалительный процесс), возраст и общее состояние пациента. В связи с этим достаточно сложно определить значение отдельных факторов – инфекционного заболевания или антибиотика, применяющегося для его терапии, в изменении величины МНО. Тем не менее следует учитывать возможное влияние ряда антимикробных средств: фторхинолонов, макролидов, тетрациклинов, ко-тримоксазола и некоторых цефалоспоринов. В данном лекарственном препарате содержатся метилпарагидроксибензоат и пропилпарагидроксибензоат, которые могут вызывать аллергические реакции (наиболее вероятно замедленного типа).

АО «Астеллас Фарма», 109147, Москва, ул. Марксистская, д. 16.
Тел. +7(495) 737-07-56.

Информация для специалистов здравоохранения для размещения в специализированных изданиях

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

AI_2019_0009_RU_JUL_2019_Буклет

бак-сет®

Награда Ее Величества Королевы Великобритании Елизаветы II

Английский мульти-пробиотик нового поколения для взрослых и детей с рождения

Сделано в Великобритании

Не требует хранения в холодильнике

Не содержит искусственных красителей и ГМО

НЕ СОДЕРЖИТ ЛАКТОЗУ

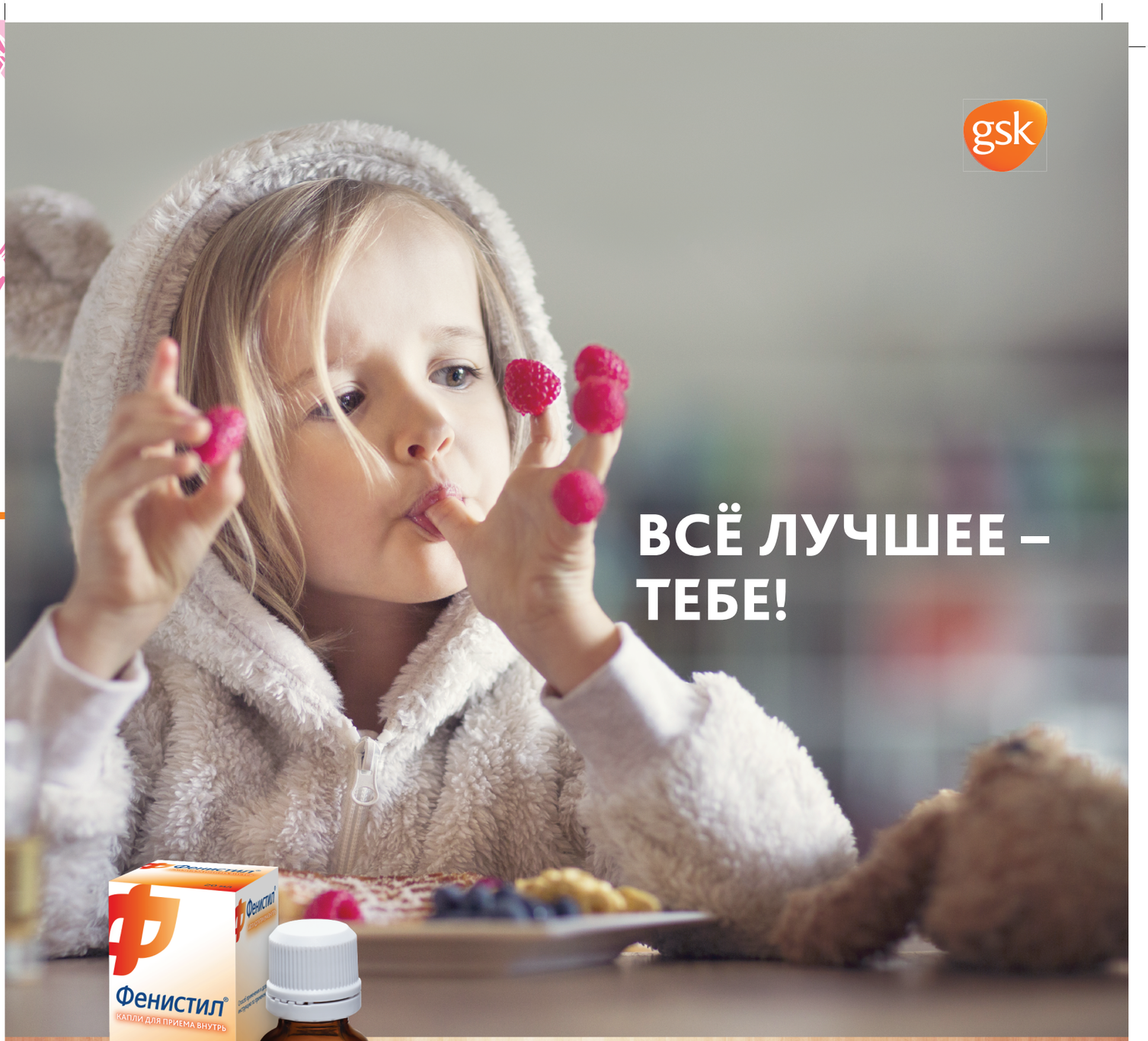
- Мультивидовый состав обеспечивает микробное разнообразие кишечника
- Повышение биологической активности за счет синергии разных видов бактерий
- Возможность выбора для заселения наиболее адекватным видом микроорганизмов



Кислотоустойчивые штаммы 100%



БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.





ШВЕЙЦАРСКОЕ КАЧЕСТВО*

Фенистил капли

Для бережного лечения детской аллергии*

*Инструкция по медицинскому применению препарата. Производитель Новартис Консьюмер Хелс СА, Рю де Летраз, 1260 Нион, Швейцария. АО «ГлаксоСмитКляйн Хелскер», РФ, 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 10. Тел.: +7 (495) 777-98-50. CHRUS/CHFENI/0047/18.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЕРВЫЙ ВЫБОР

Что давать малышу сначала, что потом? Этот вопрос волнует всех мам и пап. Схемы кормления могут быть разными, но для любой из них родители могут смело выбирать продукты из нашей гипоаллергенной линейки «ПЕРВЫЙ ВЫБОР».
Низкая иммуногенность продуктов прикорма «ФрутоНяня» клинически доказана*
Гипоаллергенные продукты «ФрутоНяня» - «ПЕРВЫЙ ВЫБОР» для питания:

- здоровых детей
- детей с риском развития аллергии
- детей, страдающих аллергией

ФрутоНяня

ГИПОАЛЛЕРГЕННО клинически доказано



Пюре натуральное из капусты брокколи рекомендовано для питания детей с 4 мес. Пюре из мяса индейки рекомендовано для питания детей с 6 мес. Сок яблочный осветленный для питания детей с 4 мес. Пюре яблочное натуральное для питания детей с 4 мес. Каша гречневая безмолочная быстрорастворимая, обогащенная витаминами и минеральными веществами, для питания детей с 4 мес. Вода питьевая артезианская для питания детей с 0 мес. Необходима консультация специалиста.

* Гипоаллергенность клинически доказана: в НЦЗД в 2011, 2013 и 2016 гг. прошли исследования 18 продуктов прикорма «ФрутоНяня»: сок из яблок осветленный, сок из груш осветленный, сок из яблок и груш с мякотью, сок прямого отжима из яблок, сок прямого отжима из яблок и груш, сок прямого отжима из яблок и слив, сок прямого отжима из яблок и черной смородины, пюре из яблок, пюре из груш, пюре из чернослива, пюре из брокколи, пюре из цветной капусты, пюре из тыквы, пюре из кабачков, пюре из кролика, пюре из индейки, каша рисовая безмолочная, каша гречневая безмолочная. Идеальным питанием для ребенка раннего возраста является грудное молоко. Первый выбор продуктов для первого знакомства с соответствующей категорией продукции «ФрутоНяня».

Реклама.

ФрутоНяня

Молочные продукты

для ваших детей

- Изготовлены из свежего отборного молока по специальным рецептам.*
- Содержат инулин – натуральный пребиотик, помогающий росту полезных бактерий в кишечнике.**
- Обогащены бифидобактериями и лактобактериями, которые помогают поддерживать пищеварение.***



*Рецептуры АО «ПРОГРЕСС».
**Питьевые йогурты «ФрутоНяня» и биолакты «ФрутоНяня» обогащены инулином.
***Детские творожки и питьевые йогурты «ФрутоНяня» обогащены Bifidobacterium lactis BB12; биолакт «ФрутоНяня» обогащен Lactobacillus acidophilus. Сведения о возрастных ограничениях применения продуктов «ФрутоНяня» смотрите на индивидуальной упаковке. Необходима консультация специалиста. На правах рекламы.

РАННЕЕ ПРОВЕДЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ В ЦЕЛЯХ УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА ПРИ МИОДИСТРОФИИ ДЮШЕННА (МДД)[1–3]



Обращайте внимание на мышечную слабость, запоздалое поднятие на ноги или замедленное развитие речи[1]

При повышенной активности КК направьте в специализированный центр[1,4]

Генетический анализ позволит обнаружить целевую мутацию[1,4]

МДД — прогрессирующее заболевание, с тяжелыми последствиями[1,5,6]

МДД характерно прогрессирующее нарушение мышечной деятельности и неуклонное ухудшение физических функций[1,5,6]

Направляйте пациентов с симптомами, характерными для МДД, и повышенными показателями активности КК к специалисту или в миологический центр[1,4]

Генетический анализ, если есть возможность его проведения, крайне важен для подтверждения диагноза и разработки плана лечения[1,4]

Знайте конкретную мутацию каждого пациента, поскольку изучение средств таргетной терапии еще не завершено[1,7]

ПОБЕДИТЬ
МИОДИСТРОФИЮ ДЮШЕННА
Не упустим ни дня

PTC THERAPEUTICS™

КК — креатинкиназа

Справочная литература: 1. Birnkrant DJ, et al. Lancet Neurol. 2018;17:251–267. **2.** Laing NG, et al. Clin Biochem Rev. 2011;32:129–134. **3.** Merlini L, et al. Muscle Nerve. 2012;45:796–802. **4.** Treat-NMD. Доступно по адресу: http://www.treat-nmd.eu/downloads/file/standardsofcare/dmd/us_english/dmd_us_familyguide_june2010.pdf. **5.** van Ruiten HJ, et al. Arch Dis Child. 2014;99:1074–1077. **6.** Henricson E, et al. Muscle Nerve. 2013;48:55–67. **7.** Goemans N, et al. Eur Neuro Rev. 2014;9:78–82.

Дата разработки: Июнь 2018 г.

2018-EMEA-DMD-026a

9084_2 Page Flyer_v1.indd 1 25/07/2018 15:52