



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**



**Тезисы конференции,
посвящённой 10-летию педиатрического факультета
Рязанского государственного
медицинского университета
имени академика И.П. Павлова**

Рязань, 2022

Оглавление

Акмалжонова А.А., Сирожиддинова Х.Н. Оценка состояния здоровья детей с гипоксическим поражением ЦНС в неонатальном периоде	5
Бакаева Н.С., Баранов Д.А., Шестаков А.А., Габараев К.А., Кисиев Х.Т. Современный взгляд на хирургическое лечение варикоцеле среди юношей Воронежской области	7
Бурлуцкая А.В., Устюжанина Д.В., Писоцкая Ю.В., Мартиросян Е.А., Аширова Л.Э., Богачева С.М. Атипичный гемолитико-уремический синдром у мальчика 5 лет (клинический случай).....	9
Белых Н.А., Терещенко С.В., Анисеева Н.А., Цветова Ю.К., Панина А.И. Оценка чувствительности к АМП микрофлоры верхних дыхательных путей у детей с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в г. Рязани	12
Белых Н.А., Захарова А.В., Пизнюр И.В. Трудности диагностики кожного мастоцитоза в практике врача-педиатра	14
Вабищевич В.А., Изотова Г.Н., Котина Н.З., Корнилова А.Б., Старевская С.В. Клинический случай ранней диагностики и успешной коррекции слинга левой лёгочной артерии у новорождённого (пульмонологический аспект).....	16
Воронина А.Г., Леднёва В.С., Ульянова Л.В., Коломацкая В.В., Разуваева Ю.Ю. Факторы риска, частота и прогностическое значение острого повреждения почек у детей, госпитализированных с COVID-19	18
Гераськин И.В., Гераськин В.А., Гераськина Н.В. Динамика фракций гемоглобинов крови у новорождённых детей	21
Гуреева У.С., Блохова Е.Э., Сигарева И.А. Нейрофиброматоз у детей в Рязанской области (анализ заболеваемости за 26 лет)	23
Джураев Ж.Д., Ниязов Д.М., Лим М.В. Применение препарата левокарнитина у детей при остром обструктивном бронхите с миокардитом.....	26
Ерцкина П.О. Трудности диагностики нейрофиброматоза I типа у ребёнка.....	27
Захарова А.В. Первичный иммунодефицит у ребёнка: от диагностики к диагнозу .	29
Закирова Б.И., Хусаинова Ш.К., Миркомилова Г.М. Микробиота кишечника при аллергии у новорождённых	32
Ибрагимов М.Ф., Пулатова Н.Ю. Оптимизация лечения детей с внебольничными пневмониями атипичной этиологии	34
Ирбутаева Л.Т., Расулова Н.А., Ахмедова М.М. Иммунологическое состояние организма у часто болеющих детей	36
Комарова А.А., Мартышко В.В., Федина Н.В., Гудков Р.А. Клинический случай синдрома Санфиллипо	38

Киселева В.С., Леднева В.С., Коломацкая В.В., Разуваева Ю.Ю. Осведомленность родителей о железодефицитной анемии	40
Кретьева Г.И., Разуваева Ю.Ю., Леднева В.С., Коломацкая В.В. Постковидный синдром у детей Воронежской области	42
Колганова А.И., Когутницкая М.И., Сулина М.В. Состояние здоровья новорожденных, родившихся от матерей с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией COVID-19.....	45
Кудратова З.Э., Мухамадиева Л.А. Особенности течения острого обструктивного бронхита у детей с атопическим дерматитом.....	47
Лутфуллаев Г.У., Кобилова Ш.Ш., Юнусова Н.А. Эффективность секретолитиков при лечении экссудативного среднего отита в детском возрасте	49
Лим М.В., Шавази Н.М., Закирова Б.И. Факторы риска развития рецидивов обструктивного бронхита у детей.....	51
Лутфуллаев У.Л., Кобилова Ш.Ш., Юнусова Н.А. Возбудители инфекционного наружного отита в детском возрасте	53
Лукша А.В. Концентрация гомоцистеина и уровень стабильных метаболитов оксида азота в крови у детей с повышенным артериальным давлением.....	55
Мусатова В.А., Цветова Ю.К., Анисеева Н.А. Острое нарушение мозгового кровообращения у ребенка со множественными пороками развития на фоне коронавирусной инфекции	57
Муминов А.А., Матлубов М. М., Хамдамова Э. Г. Состояние маточно-плацентарного кровотока у беременных с митральным стенозом различной степени выраженности к моменту родоразрешения прерывания беременности.....	59
Петрова В.И., Волкова Е.Д. Клинический случай гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза.....	61
Прохоров Е.В., Островский И.М., Абдуллин Р.Ф., Ленарт Т.В. Идиопатический фиброз лёгких у ребёнка (клинический случай)	64
Приходченко Н.Г., Бойцова Д.А. Клиническая эффективность шкалы оценки тяжести гастроинтестинальных проявлений у детей первого года жизни с пищевой аллергией.....	66
Приходченко Н.Г., Шуфлин В.А. Визуальная аналоговая шкала у детей с аллергическим ринитом, получающих аллергенспецифическую иммунотерапию	68
Разуваева Ю.Ю., Леднева В.С. Цифровые технологии в педиатрии: от обучения студентов в вузе до применения на практике.....	70
Разуваева Ю.Ю., Леднева В.С., Разуваев О.А. Гастроинтестинальные симптомы аллергии к белкам коровьего молока у детей Воронежской области	73

Сиротченко Т.А., Миргородская А.В., Луганский Д.Е., Бондаренко А.М. Показатели окислительного стресса в ротовой жидкости у подростков с избыточной массой тела и ожирением.....	75
Стрельникова В.А., Карпенко М.А. Повреждение легких, ассоциированное с гранулематозом с полиангиитом (синдром Вегенера): клиническое наблюдение.....	77
Синюгина А.И., Григорьева К.М. Компонентный состав тела пациентов с аллергической энтеропатией.....	79
Сологуб А.Е. Туляремия в практике врача-педиатра	81
Сологуб М.А. Тернистый путь к правильному диагнозу: Клинический случай мальформации дыхательных путей.....	83
Сологуб А.Е. Успешная ТГСК у ребенка с анемией Даймонда-Блекфана	85
Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Есаян М.О., Пелипенко Н.В., Старченко В.М., Надгериев В.М., Колесников Е.Г., Терещенко О.А. Эндоанальные стимуляции в лечении недостаточности анальных сфинктеров у детей с аноректальными агенезиями.....	88
Таирова С.Б. Оценка роста и развития у детей с врожденными пороками сердца ...	90
Умеров Ю.А., Стежкина Е.В. Таргетная терапия препаратом ТРИКАФТА пациента с муковисцидоз-ассоциированным циррозом печени: клинический случай	92
Хапрова И.О. Оценка функции почек у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела после рождения	94
Чумаченко М.С., Рябова А.И. Семейный случай адреногенитального синдрома.....	96
Чаплина М.А., Чернова А.А., Самохвалова В.В. Особенности состояния опорно-двигательного аппарата учащихся кадетской школы	98
Черданцева Т.М., Некрасова М.С. Оптимизация учебного процесса у студентов педиатрического факультета при преподавании морфологических дисциплин	100
Шавкатова З.Ш., Улугова Х.Т., Ниязов Д.М., Закирова Б.И. Питание детей при диареях	102
Shavazi R.N., Piyasov M.R. Improvement of antibiotic therapy for community- accompanied pneumonia in children	105
Shavazi R.N., Piyasov M.R. Prevalence of respiratory tract diseases in school-aged children	108
Шагиева Д.Р., Кутлубаев М.А., Рахматуллин А.Р. Постковидные нарушения у детей: результаты опроса родителей	111

Акмалжонова А.А., Сирожиддинова Х.Н.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Узбекистан

В настоящее время перинатальное поражение центральной нервной системы новорожденных занимают важное место в структуре патологии детей раннего возраста, что связано с высокой распространенностью, тяжестью клинических проявлений и риском формирования инвалидности. Вне зависимости от этиологии гипоксии, патологическое действие ее на плод развивается по одному сценарию и сопровождается разной степени нарушением развития, созревания мозга, провоцируя возникновение гипоксически-ишемической энцефалопатии в постнатальном периоде. В это связи изучение факторов риска и особенностей перинатального поражения центральной нервной системы у новорожденных без сомнения является актуальной.

Целью исследования явилось провести оценку состояния здоровья детей с гипоксического поражения цнс внеонатальном периоде.

Материалиметодыисследования. Под нашим наблюдением находилось 50 детей, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в отделении неонатологии детского многопрофильного медицинского центра Самаркандской области, с 2021 по 2022 года. Все дети были разделены на 2 группы: первая группа - 15 новорожденных, с гипоксическим поражением центральной нервной системы, вторая группа - 35 детей, на здоровых новорожденных момент осмотра. Возраст детей составил от 5 дней до 28. Всем больным проводили оценку акушерского анамнеза, пери- и постнатального периода развития детей. Проводилась оценка физического развитияи ЦНС, клинического статуса, включавшего данные объективного осмотра; анализировалась заболеваемость на 28 дней жизни.

Результаты исследования. Структура детей с гипоксическим поражением центральной нервной системы I группы была представлена с гипоксическим поражением центральной нервной системы (57%) и без гипоксического поражения центральной нервной системы (45%). Среди без гипоксического поражения центральной нервной системы (вентрикувломегалия – 23%) и гипоксическим поражением

центральной нервной системы (вентрикуломегалия – 78%). У детей II группы все здоровые новорожденные. Структура детей I группы с гипоксическим поражением центральной нервной системы. В I группе преобладали дети с гипоксическим поражением центральной нервной системы – 7 человек, остальные – без гипоксического поражения центральной нервной системы.

Анализ акушерского анамнеза матерей обследуемых детей выявил, что беременность ребенком с анемии в целом на женщин со средним возрастом – 28 года. Среднее количество беременностей у матерей детей с гипоксическим поражением центральной нервной системы составляло 3,3 количество родов – 3. Выявлено отсутствие достоверных различий по анализируемым показателям в обследуемых группах. Однако, отмечалась тенденция к увеличению возраста и количества беременностей у женщин I группы.

При анализе антенатального периода выявлено, что в целом осложненное течение беременности наблюдалось более чем у половины матерей (53%). Беременность на фоне анемии (средней и тяжелой степени) и гестоз наблюдались у трети женщин (30%). Различий в течении антенатального периода в I и II группах выявлено не было. Однако отмечалась тенденция к увеличению количества матерей со сложным течением беременности и матерей, анемия во время беременности, в I группе (67% и 40,0%; 39% и 20% соответственно).

Анализ интранатального периода показал, что у 2/3 матерей роды были срочными (68%). Три четверти детей (74%) имели массу тела более 2500 г и срок гестации при рождении больше 37 недель. Недоношенные дети имелись и в I и во II группах.

Различия по срокам родоразрешения и срокам гестации между группами отсутствовали. Все доношенные дети с гипоксическим поражением центральной нервной системы имели массу тела $3350,0 \pm 580,4$ г, недоношенные – $2030,0 \pm 320,3$ г, длину тела $51,0 \pm 3,5$ см и $46,0 \pm 4,5$ см соответственно. Отличия в антропометрических показателях между группами выявлены не были. При оценке шкалы Апгар на 1-й минуте средний балл в целом для детей с ВПС составил 6 на 5-й минуте – 7 баллов. Отличий в группах наблюдения выявлено не было. Отсутствие признаков гипоксии (по шкале Апгар 7–10 баллов) на 1-й минуте имела только половина детей (45%), на 5-й минуте – 2/3 обследуемых (74%). Установлено, что на 1-й минуте жизни у детей I группы достоверно чаще встречались признаки гипоксии (шкала Апгар 4–6 баллов) в сравнении с детьми II группы: 84%, и

30,0%, соответственно, на 5-й минуте признаки гипоксии и наблюдались у практически равного количества детей I и II групп (34%, и 20,0%, соответственно).

Выводы. Отягощенный акушерский анамнез у матерей (искусственное прерывание беременности и привычное невынашивание) увеличивал риск возникновения гипоксии на 1 неделе жизни, в 4,7 раз. У 56% детей с гипоксическим поражением центральной нервной системы, родившихся от матерей с отягощенным акушерским анамнезом, тяжесть анемия изолированно была связана с влиянием отягощенного акушерского анамнеза их матерей. Таким образом, беременные женщины с анемии должны относиться к группе риска по рождению детей с гипоксическим поражением центральной нервной системы, на 1 неделе жизни, и находиться под пристальным вниманием акушеров-гинекологов с целью более раннего антенатального выявления гипоксическим поражением центральной нервной системы у вынашиваемых плодов.

Список литературы

1. Закирова Б. И., Мамаризаев И. К. Течение рецидивирующих респираторных инфекций у детей на фоне атопического дерматита //Вопросы науки и образования. 2021. №. 9. С. 134.
2. Шавази Н. М. и др. Эффективность наружного применения сульфата цинка в базисной терапии атопического дерматита у детей //Достижения науки и образования. 2020. №15. С. 69.
3. Кузнецов П.А., Козлов П.В. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного //Лечебное дело. 2017.

Бакаева Н.С., Баранов Д.А., Шестаков А.А., Габараев К.А., Кисиев Х.Т.
**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ВАРИКОЦЕЛЕ СРЕДИ ЮНОШЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ
ОБЛАСТИ**

Воронежский государственный медицинский университет
имени Н.Н. Бурденко, Областная детская клиническая больница №2,
г. Воронеж, Россия

Актуальность проблемы варикозного расширения вен семенного канатика среди юношей 12-17 лет остается востребованной и на сегодняшний день. Ежегодно в БУЗ ВО ОДКБ №2 с данной проблемой

обращаются свыше 200 пациентов. Заболевание наносит ущерб как здоровью репродуктивной системы, так психосоциальному состоянию подростков. Учитывая особенности эмоционального фона подросткового возраста, не всегда юные пациенты обращаются за помощью в начале обнаружения патологии. Поэтому в настоящее время вопрос лечения варикоцеле рассматривается с точки зрения хирургического лечения, в большинстве случаев.

На сегодняшний день существует больше 5 методик лечения варикоцеле, и каждая из них имеет как свои достоинства, так и недостатки. Целью нашего исследования явилось сравнить наиболее популярные методики лечения варикоцеле: лапароскопия и операция Паломо, выявить наиболее эффективное оперативное вмешательство с точки зрения осложнений и рецидивов в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Был произведен анализ 100 клинических случаев варикоцеле среди подростков 12-17 лет, обратившихся за медицинской помощью в БУЗ ВО ОДКБ№2 за 2018-2022 гг, среди которых 67 были прооперированы посредством операции Паломо, 43 – лапароскопической варикоцелеэктомией. Обработка данных проводилась с помощью методов математической статистики, где рассматривались время операции, длительность восстановления в послеоперационном периоде, наличие осложнений и повторных обращений пациентов с данной патологией (рецидивов).

Результаты. В результате исследования было выявлено, что длительность традиционной операции составила 8-10 минут, и с точки зрения времени является наиболее успешной, чем лапароскопия, занимающая 10-17 минут. С другой стороны – длительность операции напрямую коррелируется от навыков хирурга, поэтому время, затраченное на лапароскопическую варикоцелеэктомию может быть сокращено, при условии более частого проведения данного оперативного вмешательства и наработки навыков хирургов. Проблема рецидивов коснулась только пациентов, оперированных по Паломо, их число составило 3% от общего числа исследуемой группы. При лапароскопической операции рецидивов и осложнений не отмечалось.

Время реабилитации пациентов при обеих методиках также различается: лапароскопия – 1-2 дня, операция Паломо – 3-4 дня.

Выводы. Безусловно, вопрос внедрения лапароскопии в лечении варикоцеле среди подростков остается открытым и требует более частого применения данного метода для повышения навыков хирурга, в результате чего будет сокращаться время, затраченное на операцию.

Но с точки зрения анализа других параметров, применяемых в данном исследовании, лапароскопическая варикоцелеэктомия превосходит традиционную методику открытого доступа лечения варикоцеле.

Литература

1. Детская урология. Современные операционные методики: от внутриутробного периода развития до пубертата / под ред. М. Лимы, Дж. Манцони; пер. с англ, под ред. С.Г. Врублевского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 464 с.
2. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. А. Ю. Разумовского. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1280 с. <https://doi.org/10.33029/9704-5785-6-PSNR-2021-2-1-1280>

Бурлуцкая А.В., Устюжанина Д.В., Писоцкая Ю.В., Мартиросян Е.А.,
Аширова Л.Э., Богачева С.М.

АТИПИЧНЫЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У МАЛЬЧИКА 5 ЛЕТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар, Россия

Атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС) – редкая прогрессирующая форма системной тромботической микроангиопатии (ТМА), развивающаяся вследствие неконтролируемой активации альтернативного пути системы комплемента и характеризующаяся преимущественным поражением микроциркуляторного русла почек.

Цель исследования: провести анализ клинического случая атипичного гемолитико-уремического синдрома.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ случая заболевания пациента нефрологического отделения ГБУЗ «ДККБ» г. Краснодара (история болезни).

Результаты: у пациента Б., 5 лет со слов мамы отмечалось повышение температуры тела до 39°C, рвота, боли в животе, тёмно-коричневый цвет мочи. Мама самостоятельно дала адсорбенты, ибупрофен, состояние улучшилось. Через четыре дня вновь рвота, слабость ребенка. Обратились в поликлинику, участковый педиатр направил ребенка в ЦРБ на госпитализацию с диагнозом анемия тяже-

лой степени. По результатам обследования не исключался геморрагический васкулит, ГУС.

Учитывая тяжесть состояния, ребенок был переведен в нефрологическое отделение Детской краевой клинической больницы г. Краснодара (ДККБ). При поступлении состояние ребенка тяжелое за счёт анемического синдрома, интоксикации, почечной недостаточности. Кожные покровы бледные, с субиктеричным оттенком, на голенях и стопах единичные петехиальные элементы сыпи.

В общем анализе крови: снижение уровня гемоглобина до 62 г/л, эритроцитопения – $1,78 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитопения - $3,9 \times 10^9$ /л, тромбоцитопения - 31×10^9 /л, повышение СОЭ до 38 мм/час. Биохимический анализ крови: повышение АСТ 107 ед/л, триглицеридов 4,81 ммоль/л, холестерина 7,4 ммоль/л, мочевины 16,8 ммоль/л, креатинина 142 мкмоль/л, ЛДГ 7104 ед/л, ферритина 351,88 нг/мл. Снижена расчетная скорость клубочковой фильтрации по Шварцу 35,3 мл/мин. Суточный объём мочи 600 мл. Общий анализ мочи: протеинурия 2,18 г/л; гематурия, цвет тёмно-коричневый. Проба Кумбса отрицательная. Миелограмма: без патологии. Кровь на ADAMTS 13–78% (норма 80-122%). Повышение аутоантител к фактору Н – 4147 AU/ml. ПЦР исследование кала на ОКИ - отрицательно.

УЗИ почек и мочевого пузыря: умеренно выраженные диффузные изменения обеих почек. Ребенок консультирован специалистами РНИМУ им. Пирогова. Выставлен диагноз: Острое почечное повреждение вследствие аГУС. Больной нуждается в назначении препарата Экулизумаб по рекомендованной схеме лечения. В нефрологическом отделении проводилось лечение: переливание СЗП, эритроцитарной массы, комплемент-ингибирующая терапия (Экулизумаб), антикоагулянтная, антибактериальная, глюкокортикостероидная, инфузионная терапия - отмечена положительная динамика, улучшение состояния.

Выводы: аГУС относится к жизнеугрожающим заболеваниям. Учитывая отсутствие четких лабораторных критериев аГУС, необходимо проводить сложную и последовательную дифференциальную диагностику различных вариантов ТМА, исключение которых позволяет заподозрить и поставить правильный диагноз. Своевременная диагностика и раннее начало лечения имеют решающее значение в исходе заболевания.

Литература

1. Байко С.В. Первый опыт использования биоаналога оригинального препарата экулизумаба для профилактики возврата атипичного ге-

- молитико-уремического синдрома в почечный трансплантат у ребенка. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2021; 100 (1): С. 293–296. <https://doi.org/10.24110/0031-403X-2021-100-1-293-2962>.
2. Байко С.В. Атипичный гемолитико-уремический синдром у детей: практические аспекты дифференциальной диагностики и лечение // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2021; 100 (4): С. 64-73. <https://doi.org/10.24110/0031-403X-2021-100-4-64-733>.
 3. Козловская Н.Л., Эмирова Х.М. Патология комплемента в практике нефролога: атипичный гемолитико-уремический синдром. Сборник актуальных клинических наблюдений. М.: МедиаСфера, 2020: 152
 4. Кузник Б.И., Стуров В.Г., Левшин Н.Ю., Максимова О.Г., Кудлай Д.А. Геморрагические и тромботические заболевания и синдромы у детей и подростков: Патогенез, клиника, диагностика, терапия и профилактика. Новосибирск: Наука, 2018
 5. Якубов А.В., Салогуб Г.Н. Комличенко Э.В., Кирсанова Т.В. Клинический случай лечения пациентки с аГУС в акушерской практике. Опыт анестезиолого-реанимационной службы // Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова, 2018; №2: С. 87-94. <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2018-2-87-946>.
 6. Avila Bernabeu AI, CaveroEscribano T, Cao Vilarino M. Atypical hemolytic uremic syndrome: new challenges in the complement blockage era. Nephron. 2020; 144 (11): P. 537–549. <https://doi.org/10.1159/0005089207>.
 7. Ariceta G. Hemolytic Uremic Syndrome. Curr. Treat. Options Peds. 2020; 6: 252–262. <https://doi.org/10.1007/s40746-020-00216-18>.
 8. Каабак М.М., Молчанова Е.А., Нестеренко И.В., Пинчук А.В., Прокопенко Е.И., Столяревич Е.С. и др. Резолюция Междисциплинарного совета экспертов. Трансплантация почки у пациентов с атипичным гемолитико-уремическим синдромом: клинические и организационно-методические аспекты ведения пациентов // Клиническая нефрология. 2018.

Белых Н.А., Терещенко С.В., Аникеева Н.А.,
Цветова Ю.К., Панина А.И.

ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АМП МИКРОФЛОРЫ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 В Г. РЯЗАНИ

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

Цель: Мониторинг микробиологического пейзажа верхних дыхательных путей (ВДП) с оценкой механизмов резистентности и уровня детектированной *in vitro* активности антимикробных препаратов (АМП) у детей с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Материалы и методы: В исследование включено 173 микроорганизма (МО), выделенных от 164 пациентов с COVID-19. Видовая идентификация возбудителей проводилась на базе бактериологической лаборатории ГБУ РО «ГКБ №11».

Результаты: В микробном пейзаже верхних дыхательных путей преобладали грамположительные кокки (75,7%), которые были представлены родами *Streptococcus* (42,2%), *Staphylococcus* (32,9%) и *Enterococcus* (0,6%). По результатам идентификации клинических штаммов среди них выявлено доминирование *S. pneumoniae* (38,7%) и *S. aureus* (32,9%). Реже встречался β -гемолитический стрептококк (3,5%), *E. faecalis* (0,6%). На втором месте по частоте встречаемости находилась грамотрицательная флора (12,1%), которая была представлена – *K. pneumoniae* (5,2%), *E. cloacae* complex (5,2%) и *E. coli* (1,7%). Частота обнаружения неферментирующих грамотрицательных бактерий (НФГОб) составила 6,9% и была представлена *P. aeruginosa* (4,0%), *A. baumannii* complex (2,9%). Грибы рода *Candida* были обнаружены в 5,2% случаев и представлены *C. albicans*.

Механизмы резистентности к антимикробным препаратам были представлены среди следующих таксонов: рода *Streptococcus* (75,4%), *S. aureus* (62,8%) и порядка *Enterobacterales* (19,1%). Ведущим механизмом резистентности *S. pneumoniae* являлись мутации в гене пенициллинсвязывающего белка (PNSP – пенициллиннегативный *S. pneumoniae*) (66,7%). Реже встречался М-фенотип, определяющий резистентность к эритромицину, азитромицину, кларитромицину и рокситромицину (9,3%) и индуцибельный MLS в фенотип, характеризующийся резистентностью к эритромицину, кларитромицину, азит-

ромицину, рокситромицину и клиндамицину (1,8%). В остальных случаях выявлялись комбинационные механизмы резистентности: PNSP + индуцибельный MLS в фенотип (5,5%), PNSP + M-фенотип (16,7%).

Наиболее часто среди выделенных культур *S. aureus* наблюдалась продукция плазмидных пенициллиназ класса A2a, которая встречалась как изолированно (74,0%), так и в комбинациях с механизмами устойчивости к макролидам (индуцибельным MLS в фенотипом – 18,6% и M- фенотипом - 7,4%) *S. pneumoniae* был чувствителен к аминопенициллинам, уреидопенициллинам, ингибиторозащищенным пенициллинам (ИБЗП) в 75,5%. К рифампицину (100%), клиндамицину (94%) и триметоприму-сульфаметоксазолу в 86,4% случаев. *S. aureus* проявлял 100% чувствительность к ИБЗП, карбапенемам, комбинированным карбапенемам, цефалоспорином и аминогликозидам. Отмечалась так же высокая чувствительность возбудителя к рифампицину (98%), триметоприму-сульфаметоксазолу (90%), клиндамицину (88,3%), макролидам (эритромицин, азитромицин, кларитромицин, рокситромицин) в 81% случаев.

Заключение: В микробиоте верхних дыхательных путей детей с COVID-19 выявлено преобладание Gr (+) микроорганизмов (*S. aureus* и *S. pneumoniae*), которые в половине случаев обладали механизмами резистентности, что необходимо учитывать при назначении антибактериальной терапии.

Литература

1. Рекомендации МАКМАХ «Определение чувствительности к АМП» В.2021-01, EUCAST. Клинические брейк-поинты (пограничные значения) В.11.0, 2021 и В.12.0, 2022 EUCAST.
2. Иванчик Н.В., Чагарян А.Н., Сухорукова М.В. и др. Антибиотико-резистентность клинических штаммов *Streptococcus pneumoniae* в России: результаты многоцентрового эпидемиологического исследования "ПеГАС 2014-2017" // КМАХ. 2019.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

Актуальность: Мастоцитоз — группа сравнительно редко встречающихся заболеваний, обусловленных пролиферацией тучных клеток в различных органах и тканях. В России кожные формы мастоцитоза составляют, по разным данным, от 0,1 до 0,8% всех дерматологических диагнозов. На сегодняшний день патогенетическая терапия мастоцитоза не разработана, рекомендуется в основном симптоматическое лечение. Своевременная диагностика данного заболевания улучшает прогноз и способствует повышению качества жизни ребенка.

Цель работы. Представление клинического случая мастоцитоза у пациента в возрасте 9 месяцев.

Материалы и методы исследования. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации ребенка Н.

Результаты исследования. Пациент Н., 2020 г. рождения. Мальчик от третьей беременности, вторых срочных родов. При рождении масса тела - 2640 г, длина тела – 47 см, окружность головы – 33 см, окружность груди – 31 см, оценка по шкале Апгар - 7/8. Ребёнок выписан на 5 сутки. В период новорожденности отмечалась неонатальная желтуха. Находился на грудном вскармливании до 2 месяцев. Профилактические прививки БЦЖ-М в роддоме. В дальнейшем ребёнок не прививался из-за отказа матери. Аллергологический анамнез не отягощен. Генеалогический анамнез: хронический пиелонефрит у матери; старшая дочь здорова.

В возрасте 2 месяцев при плановом осмотре в детской поликлинике у ребёнка отмечалась лёгкая иктеричность кожных покровов. В общем анализе крови отмечалась анемия 1 степени (Hb-101 г\л), эозинофилия (12%), общий анализ мочи – без патологий, копрограмма – в норме. В биохимическом анализе крови – снижение общего билирубина за счет непрямого (36,1-4,3-31,8 ммоль/л). УЗИ органов брюшной полости, тазобедренных суставов, нейросонография без патологии. ЭхоКГ- открытое овальное окно, гемодинамика в норме. Мальчик осмотрен специалистами: неврологом – выявлена мышечная дистония, хирургом – выявлена паховая грыжа справа, офтальмологом – здоров.

В 2,5-месячном возрасте у ребёнка на коже живота, в области левого верхнего квадранта появились высыпания. Элементы диаметром 0,5-0,7 см, неправильной формы, багрово-красного цвета, склонные к слиянию, возвышающиеся над поверхностью кожи. Высыпания периодически краснели и набухали при трении, купании в теплой воде. Педиатром по месту данные высыпания были расценены как гемангиома в области живота.

В 3 месяца ребёнок консультирован дерматологом. На коже при трении элементов отмечалось их покраснение и набухание, что свидетельствовало о положительном симптоме Дарье — Унны. Был выставлен диагноз: Мастоцитоз. Пигментная крапивница. Назначен внутрь фенистил в возрастной дозировке на 2 недели, наружно — эмоленты. В возрасте 4 месяцев, отмечалось появление двух новых багрово-красных элементов неправильной формы справа, склонных к слиянию, диаметром 0,5 см.

Выводы. Благоприятный исход заболевания характерен для детей с типичным течением болезни и при возникновении его в возрасте до 2 лет. У половины детей с кожными формами мастоцитоза регистрируют отсроченный регресс высыпаний, что вызывает крайнее беспокойство у родителей. Из-за вероятности перехода в старшем возрасте кожного мастоцитоза в системный необходимо осуществлять диспансерное наблюдение за ребёнком, страдающим этим заболеванием. Под маской местного процесса может скрываться системная патология, поэтому своевременная диагностика мастоцитоза у детей очень важна.

Литература

1. Касихина Е.И., Круглова Л.С., Ващенко М.О., Майоров Р.Ю. Анализ факторов риска, влияющих на течение мастоцитоза кожи у детей: одномоментное исследование // Вопросы современной педиатрии. 2020. №6. С. 526-5302.
2. Мастоцитоз (обзор литературы и описание клинических случаев) / А.Л. Меликян [и др.] // Терапевтический архив. 2014. №12. С. 127.
3. Mediator-Related Symptoms and Anaphylaxis in Children with Mastocytosis / K. Brockow [et al] // Int J Mol Sci. 2021. V. 22, N 5. P. 26844.
4. Molecular Background, Clinical Features and Management of Pediatric Mastocytosis: Status 2021 / M. Lange [et al] // Int J Mol Sci. 2021. V. 22, N 5. P. 2586

Вабищевич В.А., Изотова Г.Н., Котина Н.З., Корнилова А.Б.,
Старевская С.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И УСПЕШНОЙ КОРРЕКЦИИ СЛИНГА ЛЕВОЙ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ У НОВОРОЖДЁННОГО (ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий,
Санкт Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Группа пороков Ring-Sling-комплексов является чрезвычайно редкой и потенциально летальной врожденной патологией, составляющей до 1% всех пороков сердца. В свою очередь, слинг легочной артерии диагностируется в 1-2% от всех сосудистых колец. В мире описано около 150-200 подобных случаев (с годами их количество увеличивается пропорционально развитию диагностических возможностей в стационарах), из них успешную и своевременную хирургическую коррекцию получило лишь несколько десятков. Данный клинический случай эксклюзивен абберрантным ходом левой ветки легочной артерии с вовлечением в слинг левого главного бронха, без включения пищевода.

Клинический случай. Ребенок П., доношенный полновесный мальчик от матери 38 лет с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (1 беременность - медикаментозный аборт, уреоплазмоз, ИМВП, новая коронавирусная инфекция на ранних сроках беременности). С рождения по нарастанию дыхательной недостаточности интубирован, переведен на ИВЛ и транспортирован в ОРИТН детской больницы, где по совокупности клинко-лабораторных и анамнестических данных была зарегистрирована врожденная пневмония. На фоне проводимой антибактериальной терапии состояние с положительной динамикой, по эффективности спонтанного дыхания экстубирован на 9 сутки жизни.

К 12 суткам в клинической картине манифестировал бронхообструктивный синдром, без существенного ответа на проводимую медикаментозную и ингаляционную терапию. На рентгенограмме выраженное вздутие левого легкого со смещением средостения вправо.

На 16 сутки жизни выполнена МСКТ с контрастированием сосудов, по данным которой отмечен абберантный ход левой ветви легочной артерии (слинг-комплекс), а также вздутие левого легкого (до -750 НУ), стеноз нижней трети трахеи и проксимальных отделов главных бронхов). При проведении бронхофиброскопии выявлена щелевидная деформация левого главного бронха за счет сдавления извне, дистония трахеи, при фиброэзофагоскопии деформация просвета пищевода в средней трети за счет сдавления извне. Клинически отмечалось прогрессивное нарастание одышки экспираторного характера и присоединение инспираторного компонента, малопродуктивный кашель. Рентгенологически: в динамике отмечается нарастание вздутия левого легкого.

В возрасте 1 месяца 5 суток жизни проведено оперативное лечение - реимплантация левой легочной артерии в легочный ствол. Ребенок экстубирован после 3 суток искусственной вентиляции. O₂-независим при переводе в отделение патологии новорожденных (1 месяц 20 с. ж.) К выписке (1 месяц 27 с. ж.) сохранялась клиника трахеобронхомаляции, периодически с явлениями одышки смешанного характера. Рентгенологически: Легкие расправлены, легочные поля симметричны, пневматизация равномерная, средостение не смещено. Продолжено динамическое наблюдение пациента кардиологом, пульмонологом, неонатологом на амбулаторном этапе в условиях отделения катамнеза.

Обсуждение. Особенность настоящего клинического наблюдения является вовлечение в слинг левого бронха, не обладающего хрящевым каркасом. Также с учетом имеющихся клинкорентгенологических и эндоскопических данных, можно сделать вывод о трахеобронхомаляции, сформировавшейся эмбриологически, в связи с чем коррекция порока не гарантировала полной успешности оперативного лечения и определяла высокий риск постоперационных осложнений, пролонгированной вентиляции. Однако, прогрессивное ухудшение состояния ребенка и нарастание рентгенологических изменений потребовало оперативного лечения.

Заключение. Клиническое наблюдение демонстрирует раннее выявление крайне редкого врожденного порока развития, особенности его клинических проявлений на фоне течения внутриутробной инфекции, а также благоприятный прогноз после хирургической коррекции.

Литература

1. Базылев В.В., Черногринов А.Е., Черногринов И.Е., Аберрантное отхождение левой ветви легочной артерии, стеноз трахеи и ринг-слиниг комплекс (часть 1). Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2018.
2. Буряквва С.И., Николаева Е.В., Свищева М.Е., Корзникова Е.А., Пренатальная диагностика анамального отхождения аберрантной (слинг) левой легочной артерии. 2016.

Воронина А.Г., Леднёва В.С., Ульянова Л.В., Коломацкая В.В.,
Разуваева Ю.Ю.

ФАКТОРЫ РИСКА, ЧАСТОТА И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С COVID-19

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

Целью нашей работы было изучение факторов риска и выявление частоты поражения почек на фоне COVID 19.

Пациенты и методы: На базе детской инфекционной больницы города Воронежа ОДКБ №2 нами были отобраны истории болезни пациентов с подтвержденным диагнозом новая короновирусная инфекция. Было проанализировано 203 истории болезни из них отобрано 35 историй детской группы. В процессе работы, нами были проанализированы следующие критерии: общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, биохимический анализ крови. Группу детей поделили на 2 возрастные группы: от 0 до 7 лет и от 7 до 18 лет. В данной когорте детей от 0 до 7 лет из 19 человек, преимущественное число заболевших детей было возрастом до 1 года. В возрастном диапазоне от 7 до 18 лет из 16 человек 12 детей были возрастом от 12 до 18 лет. Таким образом нами было отмечено увеличение заболеваемости в возрасте до 1 года и в возрасте от 12 до 18 лет.

В группе детей от 0 до 18 лет всего 35 человек, но при этом по половому признаку в группе 21 девочка и 14 мальчиков. Если рассмотреть подробнее заболеваемость среди детей относительно пола, то в группе от 0 до 7 лет 14 девочек и 5 мальчиков, а в группе от 7 до 18 лет 7 девочек и 9 мальчиков. Нами был проведен детальный ана-

лиз каждой истории болезни. Все данные по удельной плотности мочи укладываются в пределы возрастной нормы каждого ребенка в отдельности. У группы наблюдаемых лиц рН в норме в разных возрастных группах. У двоих детей возрастного диапазона до 7 лет наблюдалось повышение белка выше 0,2. Возраст данных детей 5 месяцев и 4 года. У семерых детей наблюдалось повышение белка выше 0,1, но ниже 0,2. У части детей была нормализация белка в динамике исследований. У оставшейся части анализов в динамике не наблюдается. У одного ребенка в возрасте до 18 лет наблюдалось повышение белка выше 0,2. Возраст ребенка 14 лет. У пятерых детей наблюдалось повышение белка выше 0,1, но ниже 0,2. У части детей с последующей нормализацией в динамике. У оставшейся части анализов в динамике не наблюдается. У всех пациентов отсутствовала глюкоза в моче. У одного пациента 4 лет присутствовали кетовые тела. У данного больного кетоновые тела были обнаружены при повторных двукратных анализах в конце первой и второй недели госпитализации. У одного пациента 15 лет при повторном анализе мочи сомнительный результат на кетоновые тела. Далее в динамике анализов нет. По описанию результатов общего анализа мочи эпителиальные клетки в увеличенном количестве обнаружены у 3 детей. Один ребенок в возрасте 2 месяца и двое детей возрастом 16 лет.

В возрастной группе от 0 до 7 лет зарегистрированы высокие подьёмы лейкоцитов в моче – у 16 из 19 пациентов, количество лейкоцитов выше нормативных значений. Из группы данных детей анализ мочи по Нечипоренко проведен 7 пациентам. Выявлено подтверждение повышения уровня лейкоцитов в моче у 2 детей. Только у одного больного отмечается лейкоцитурия в динамике. Уровень эритроцитов выше нормы в общем анализе мочи отмечался у 4 детей. Повышение эритроцитов в моче методом анализа мочи по Нечипоренко подтверждается у 2 детей. У 1 ребенка проведен анализ мочи по Нечипоренко в динамике, где гематурия сохраняется. Данным детям было проведено УЗИ. У ребенка с сохраняющейся гематурией по данным УЗИ почек диагностирован пиелонефрит. Данные результаты зафиксированы в диагнозе. У другого ребенка УЗИ без патологии.

В возрастном диапазоне от 7 до 18 лет был повышен уровень лейкоцитов в общем анализе мочи у 14 детей из 16. У части детей был проведен анализ мочи по Нечипоренко, который показал значения, не превышающие норму. Из 16 человек группы детей от 7 до 18 лет уровень эритроцитов повышен у 2 человек. Анализ мочи по Не-

чипоренко проведен 5 детям. Ни у кого из детей нет повышения эритроцитов выше нормы. Так же в общем анализе мочи у детей с 0-18 лет соли мочевой кислоты выявлены только у одного ребенка из 35 возрастом 6 месяцев. В группе детей от 0-7 и от 7 до 18 лет общий белок в пределах возрастной нормы. У детей в возрасте от 0 до 18 лет показатели мочевины в нормативных числах. У нескольких детей, у которых был определен показатель креатинина был в нормативных числах.

Выводы. На основании анализа 35 историй болезни нами были деланы выводы, что данная тема требует дальнейшего изучения. Требуется подробный сбор анамнеза и дальнейшее наблюдение больного в постгоспитальном периоде, чтобы оценить прогноз после перенесенной новой коронавирусной инфекции. На данном этапе прослеживается повышение некоторых показателей общего анализа мочи, такие как общий белок, лейкоциты, эритроциты. При этом лейкоцитурия подтвердилась анализом мочи по Нечипоренко только у 2 детей возрастом от 0 до 7 лет. Возраст детей 2 месяцев и 1 года 2 месяцев. В возрастном диапазоне от 0 до 7 лет гематурия анализом мочи по Нечипоренко подтвердилась у 2 детей возрастом 1 год 2 месяца и 3 года 2 месяца. Случая острого повреждения почек в данной клиническом изучении не подтвердилось.

Литература

1. Намазова-Баранова Л.С., Садеки Н.М.Я., Эфендиева К.Е. Новые данные по эволюции пандемии COVID-19: обзор литературы // Педиатрическая фармакология. 2021;18(4):314–319.
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Методические рекомендации. Особенности клинических проявлений и лечения заболеваний, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей. Версия 2.

Гераськин И.В., Гераськин В.А., Гераськина Н.В.

ДИНАМИКА ФРАКЦИЙ ГЕМОГЛОБИНОВ КРОВИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

Приволжский исследовательский медицинский университет,
Нижегородская областная детская клиническая больница,
Нижний Новгород, Россия

При плацентарном газообмене фетальный гемоглобин транспортирует кислород к тканям в условиях низких параметров оксигенации. При рождении доставка кислорода к тканям значительно изменяется, фетальный гемоглобин HbF, замещается на гемоглобин взрослого типа HbA, достигая к шестому месяцу жизни минимальных значений. В первые 28 суток жизни у детей, преобладает HbF. При рождении уровень у ребенка HbF составляет 70-95% в структуре общего гемоглобина. Данные об изменениях количественных и качественных показателей фракций гемоглобина крови у новорожденных, как следствие - формирование различных уровней кислородной емкости крови редко встречаются в медицинской литературе – что свидетельствует об актуальности исследований в этой области.

Цель. Изучение динамики фракции фетального и взрослого гемоглобинов крови в перинатальном периоде.

Материалы и методы. Проведен анализ данных обследований из историй болезней в ходе лечебно-диагностического процесса у 131 пациента неонатального периода. Показатели получены при помощи автоматического гемоанализатора «Radiometer ABL 800 basic». Наибольший интерес представляла динамика фетального и взрослого гемоглобина крови. Все обследованные были распределены по группам: доношенные (n-58), недоношенные (n-73). У детей с недоношенностью выделены 4 подгруппы: n1- с весом, соответствующим сроку гестации (n*-35), n2 - с низкой массой тела (n-16), n3 - с очень низкой массой тела (n-9), n4 - с экстремально низкой массой тела (n-13); n*- количество пациентов.

Полученные результаты сгруппированы в зависимости от степени тяжести состояния пациентов. Критерий распределения - выраженность гипоксии и объем врачебного вмешательства: 1 ст.- необходимости в дотации кислорода нет; 2 ст.- необходима неинвазивная оксигенотерапия; 3 ст.- потребность в проведении искусственной вентиляции легких. Для обработки полученного массива данных ис-

пользовали MS Excel «Анализ данных». Получили следующие статистические показатели: среднее значение (M), стандартная ошибка среднего (m). Достоверность показателей оценивали, используя критерий Стьюдента. Критический уровень значимости нулевой гипотезы (p) $<0,05$. Результаты и их обсуждение. Для перинатального периода в норме характерен процесс интенсивного разрушения элементов крови. В этот период, ежедневно до 1,4% от общего числа эритроцитов разрушается. Ежесекундно в норме в ретикулоэндотелиальной ткани разрушается до 10 млн эритроцитов. Параллельно с гемолизом в сосудистое русло из гемопоэтических органов поступает масса эритроцитов, восполняющая физиологическую убыль [1].

В организме ребенка при рождении уровень HbF составляет до 95% от общего гемоглобина. При рождении плацентарный тип газообмена сменяется на легочный, возрастает парциальное давление кислорода (P_{aO_2}), изменяются условия доставки кислорода к тканям. Параллельно в структуре гемоглобинов крови повышается содержание гемоглобина взрослого типа (HbA) [2].

Из проанализированных данных следует, что в перинатальном периоде (до 28 сут. жизни) амплитуда и скорость изменений уровня фетального гемоглобина различна в каждой из исследуемых групп. В группе доношенных детей к окончанию неонатального периода динамика снижения уровня FНб по отношению к показателям при рождении достигала 10%. В подгруппах недоношенных детей: н 1 – снижение FНб на 35,5%; н 2 снижение FНб на 46,7%; н 3 – снижение FНб - 43%; н 4 – снижение FНб - 21,5%. (p) $<0,05$.

Устойчивая тенденция уменьшения содержания фетального гемоглобинов происходила под влиянием факторов недоношенности, незрелости. Тем не менее, по достижению возраста - 28 суток жизни фетальный гемоглобин у детей превышал в 30-45 раз уровень FНб взрослых, формируя возрастные отличия компенсаторных реакций на гипоксию. При гипоксии фетальный гемоглобин, обладая большим сродством к кислороду, диссоциирует при более низких значениях рН. Происходит смещение кривой диссоциации FНбF влево по сравнению с HbA [3, 4].

Заключение. Важное значение в оксигенации тканей имеет концентрация структурных гемоглобинов и объем циркулирующей крови. Среди прочих механизмов регуляции доставки кислорода к тканям организма, большую роль играют уровни различных фракций гемоглобина не только в конкретный момент времени, но и в динами-

ке. В ходе исследования выявлена зависимость: высокая степень недоношенности ребенка и малый постнатальный возраст сопровождаются интенсивной динамикой изменений концентраций фракций гемоглобинов крови, и как следствие – выраженной изменчивостью доставки кислорода к тканям. Это совокупность позволяет сформировать компенсаторные реакции на гипоксию у новорожденных детей.

Литература

1. Rachel H., Isabeau W., Graham B. The World Federation of Societies of Anaesthesiologists, International Anesthesia Research Society, and Anesthesia & Analgesia: a shared global vision 21 Portland Place, London, W1B 1PY, United Kingdom. (2017)
2. Singer D. Surviving the Lack: Natural Adaptations in Newborns. Z GeburtshilfeNeonatal. 225(3):203-215. <https://doi.org/10.1055/a-1019-6007>
3. Belcher JD, Chen C, Nguyen J, et al. Haptoglobin and hemopexin inhibit vasoocclusion and inflammation in murine sickle cell disease: Role of heme oxygenase-1 induction. (2018)
4. Шиффман, Ф. Дж. Патофизиология крови / Дж. Ф. Шиффман; Пер. с англ. Н. Б. Серебряная, В. И. Соловьев. - М., 2019: «Издательский дом БИНОМ», - 448 с.
5. Shiffman, F. J. Pathophysiology of blood / J. F. Shiffman; Translated from English by N. B. Serebryanaya, V. I. Solovyov. - М.: "BINOM Publishing House", 2019 - 448 p.

Гуреева У.С., Блохова Е.Э., Сигарева И.А.

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ У ДЕТЕЙ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ (АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗА 26 ЛЕТ)

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

Нейрофиброматоз 1 типа (NF1) – наиболее частый вариант заболевания из группы факоматозов, объединяющих группу из трех типов (I, II и III), и обусловленный мутацией локусов генов, картированных в 17 хромосоме. Для 1 типа характерен аутосомно-доминантный тип наследования, часто отмечается отягощенная наследственность в семье, в половине случаев встречаясь у одного из родителей. Наиболее

частыми симптомами являются специфические поражения кожи, развитие эктодермальных опухолей с поражением нервов (глиомы), и центральной нервной системы, нередко с озлакоачествлением, костными аномалиями другими клиническими проявлениями.

Цель: проанализировать случаи NF1 типа у детей в Рязанской области, их течение, исходы.

Материалы и методы: проведен ретроспективный (за 26 лет) анализ историй болезни 23 пациентов, наблюдавшихся в ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой» с диагнозом NF1. Все дети были обследованы с применением стандартных лабораторных и инструментальных методов, в том числе, с проведением магнитно-резонансного (МРТ) и компьютерной томографии (КТ) пораженных областей, гистологического/иммуногистохимического исследования биоптата опухоли, генетическое обследование пациентов.

Результаты: за исследуемый период NF1 был диагностирован у 23 пациентов, возраст которых был от 1 месяца до 16 лет, с равной гендерной принадлежностью. В 11 случаях NF1 встречался у матерей или ближайших родственников (отец, дед, бабушка, дядя) данных пациентов. У 3 пациентов манифестация заболевания была максимально ранней, с первых недель жизни в виде кожных проявлений («пятна кофе с молоком»). Диагноз во всех случаях был установлен клинически, генетическое подтверждение имело место только у 6 пациентов. В 100% случаев заболевание дебютировало с кожных симптомов, в половине случаев отмечались видимые нейрофибромы на различных участках тела, а также доброкачественные новообразования (глиомы, ганглионевромы). У трети пациентов при проведении МРТ и КТ были выявлены очаги демиелинизации в головном мозге, а также злокачественные новообразования: астроцитомы головного мозга, рабдомиосаркома мочевого пузыря, синовиальная саркома крестцово-подвздошного сочленения, примитивная нейроэктодермальная опухоль симпатического ствола, что и явилось причиной летальных случаев (4 пациента). Хирургическое лечение носило паллиативный характер у 8 детей, у одного пациента проведено ventрикуло-перитонеальное шунтирование, еще у двух пациентов применялись противоопухолевые препараты.

Выводы: NF1 имеет четкую клиническую картину, манифестируя чаще всего с кожной симптоматики и в половине случаев имея отягощенный семейный анамнез. Неблагоприятный исход определяется развитием злокачественных новообразований. Требуется мультидисциплинарный подход к ведению таких пациентов.

Литература

1. Шнайдер Н.А., Шаповалова Е.А. Эпидемиология факоматозов // Вестник клинической больницы №51. 2011. №2-3. С.46-54.
2. Клинический случай нейрофиброматоза I типа // Вестник АГИУВ. 2010. №1. С. 86.
3. Саакян С.В., Алиханова В.Р., Шашлов М.А. Ультразвуковая и компьютерно-томографическая диагностика опухлой зрительного нерва // Опухоли головы и шеи. 2012. №2. С. 36-41.
4. Саакян С.В., Пантелеева О.Г., Шашлов М.А. Анализ отдаленных результатов лечения опухолей зрительного нерва // Российский офтальмологический журнал. 2012. №4. С. 69-73.
5. Хуснутдинова Э.Г., Кудоярова К.И., Зайнутдинова Г.Х. Клинический случай нейрофиброматоза I типа с развитием глиомы зрительного нерва // Точка зрения. Восток - Запад. 2016. Выпуск 1. С. 204-207.
6. Козлов А.В. Нейрофиброматоз 1 // Хирургия опухолей основания черепа / Под ред. А.Н. Коновалова. М.: ОАО «Можайский полиграфический комбинат», 2004. 372 с.
7. Скварская Е.А. Нейрофиброматоз: этиология, патогенез, лечение // Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. 2014. № 2. С.56-63.
8. Шнайдер Н.А., Шаповалова Е.А. Нейрофиброматоз 1-го типа (болезнь Реклингхаузена) // Вопросы практической педиатрии. 2011. №1. С. 83-88.
9. Шнайдер Н.А., Горелов А.И. Нейрофиброматоз I типа: болезнь Реклингхаузена. Сибирское медицинское обозрение 2007; 44(3): 91.
10. Шнайдер Н.А. Нейрофиброматоз 1-го типа: этиопатогенез, клиника, диагностика, прогноз / Н.А. Шнайдер // Международный неврологический журнал. 2007. №5. С. 15.
11. De Bella K., Szudek J., Friedman J.M. Use of the national institutes of health criteria for diagnosis of neurofibromatosis 1 in children. Pediatrics 2000; 105: 608–14.
12. Шнайдер Н.А., Макурдумян Л.А. Нейрофиброматоз 1 типа (болезнь Реклингхаузена). КрасГМА, 2008; 10213. Нейрофиброматоз I типа. Проблемы диагностики и лечения // Лечащий врач – 2001; 10(1):59–61.

Джураев Ж.Д., Ниязов Д.М., Лим М.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЛЕВОКАРНИТИНА У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ С МИОКАРДИТОМ

Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Узбекистан

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности препарата левокарнитин у детей при остром обструктивном бронхите с миокардитами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 57больных детей в возрасте от 1 года до 4-х лет, госпитализированных в I и II отделениях экстренной педиатрии и в отделении детской реанимации СФ РНЦЭМП. Мальчиков было 37-64,9%, девочек - 20-35,1%. Диагноз устанавливался на основании тщательно собранного анамнеза, лабораторно-инструментальных и при необходимости рентгенологических исследований, консультаций других специалистов. Левокарнитин повышает устойчивость нервных клеток к гипоксии, снижает степень лактоацидоза за счет угнетения анаэробного гликолиза и образования кетокилот, оказывает анаболическое действие, улучшает кровоснабжение пораженной области и ускоряет репаративные процессы. Все это уменьшает частоту мучительного кашля у детей с острой респираторной инфекцией.

Результаты исследования. Из 57 больных 18-31,6% были с преморбидным фоном (рахит, белково-энергетическая недостаточность, атопический дерматит), из них 15-26,3% детей входили в группу часто болеющих.

Все больные поступали в стационар не позднее второго дня от начала заболевания. У всех детей отмечалось повышение температуры, у большинства (31-54,4%) больных имелись осиплость голоса, грубый кашель, клиническая картина ринита, одышка. Для изучения эффективности левокарнитинабольные были разделены на 2 группы. Первая группа состояла из 24-42,1% детей, которые получали левокарнитин в виде раствора 1 г/10 мл по 14 капель (0,1 мл) в сутки в 2 приема в комплексном лечении с другими препаратами (симптоматические средства с применением жаропонижающих, муколитических, десенсибилизирующих, бронхолитических препаратов), вторая груп-

па (33-57,9%) больных получали общепринятую терапию. Антибактериальная терапия проводилась по показаниям.

Ежедневно в группах велась оценка клинической эффективности терапии. Сравнительный анализ клинической картины показал, что применение левокарнитина у детей приводит к сокращению клинических симптомов заболевания, в том числе нормализации температурной реакции, исчезновению катаральных явлений, улучшению ЭхоКГ показателей. В основной группе продолжительность заболевания составила $4,6 \pm 0,5$ койко\дней, а у больных, которые получали левокарнитин $3,7 \pm 0,4$ койко\дня.

Выводы. Применение препарат левокарнитин при остром обструктивном бронхите у детей с миокардитами способствует сокращению продолжительности клинических симптомов заболевания и рекомендуется к применению при данной патологии.

Ерцкина П.О.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА I ТИПА У РЕБЁНКА

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

Нейрофиброматозы (NF) представляют собой группу гетерогенных расстройств, характеризующихся развитием опухолей центральной и периферической нервной системы. Существует три типа NF: нейрофиброматоз 1 и 2 типа и шванноматоз. NF1 является наиболее распространенным, составляя 96% всех случаев. Патология встречается в популяции с частотой 1:2500-3000. В настоящее время нет способов предотвращения и лечения данного заболевания.

Цель исследования. Представить клинический случай нейрофиброматоза 1 типа у ребенка. Материалы и методы исследования. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации ребенка И. (11 лет).

Результаты исследования. Ребенок от 2-ой беременности (1 беременность – выкидыш, 3-я беременность – здоровый ребенок), 1-ых срочных, самостоятельных родов. Масса тела при рождении – 3100 г, длина тела – 51 см, оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов.

Мальчик рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенные заболевания – ОРВИ, ветряная оспа. Аллергологический анамнез не отягощен. В возрасте 3-х лет родители впервые заметили на теле ребенка пигментные пятна цвета «кофе с молоком», к врачу-педиатру с данной жалобой не обращались.

В возрасте 5 лет мальчик был прооперирован в ОДКБ имени Н.В. Дмитриевой г. Рязани по поводу фибромы затылочной области. В 7 лет появились жалобы на припухлость в области подбородка и шеи, ребенок был осмотрен детским онкологом и генетиком в консультативно-диагностическом центре ОДКБ имени Н.В. Дмитриевой г. Рязани. При объективном осмотре: в области передней поверхности тела пятно цвета «кофе с молоком» размером 15x8 см, а также множественные пигментные пятна размером от 1x0,5 см до 3x3 см на коже туловища и конечностей.

УЗИ мягких тканей шеи: в области грудины и верхнезадней поверхности шеи симметрично с двух сторон подкожные образования с неоднородной структурой. МРТ мягких тканей шеи: МР-картина солидного образования подкожной жировой клетчатки краниовертебральной области и мягких тканей шеи с распространением на переднюю грудную стенку, в верхнее средостение и позвоночный канал. Поставлен диагноз – нейрофиброматоз 1 типа (?)

В августе 2020 года для подтверждения диагноза мальчику было проведено молекулярно-генетическое исследование в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» г. Москва: в гене NF1 в экзоне 47 обнаружена делеция одного нуклеотида с.7009delG в гетерозиготном состоянии, приводящая к сдвигу рамки считывания и формированию преждевременного стоп-кодона p.Glu2337LysfsTer38. Поставлен диагноз: Нейрофиброматоз I типа, гистологически верифицированная плексиформнаянейрофибромазатылочной области справа.

В августе 2022 года в ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова» было проведено исследование биологического материала матери, отца и брата мальчика: у ребенка выявлена гетерозиготная делеция в 47 экзоне гена NF1: NM 000267.3: с.7009del, NP 000258.1: p.Glu2337fs, chr17:29670035, унаследованная от матери. Рекомендована патогенетическая терапия препаратом «Коселуго». В настоящее время решается вопрос о его обеспечении.

Выводы. Данный клинический случай продемонстрировал, что NF1 имеет высокую степень вариабельности клинической картины. Точный диагноз NF1 важен для индивидуализации клинической по-

мощи и генетического консультирования. Врачи-педиатры играют решающую роль в улучшении диагностики данного заболевания.

Литература

1. K InaLyetal. The Diagnosis and Management of Neurofibromatosis Type 1 // Case Reports in Nephrology. 2019. V. 103. N 6. P. 1035-1054.
2. Ryota Tamura. Current Understanding of Neurofibromatosis Type 1, 2, and Schwannomatosis. Int. J. Mol. Sci. 2021. V. 22. N 11.

Захарова А.В.

ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ У РЕБЁНКА: ОТ ДИАГНОСТИКИ К ДИАГНОЗУ

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

Первичные иммунодефицитные состояния – это относительно редкие генетически обусловленные нарушения системы иммунитета, связанные с дефектами одного или нескольких ее компонентов.

Материалы и методы. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации ребенка Н.

Результаты и их обсуждения. Пациент Н. (5 лет) родился от 7 беременности с отягощённым акушерским анамнезом. Роды пятые, срочные. Масса тела при рождении – 3300 г, рост – 54 см, оценка по шкале Апгар – 9/10. С рождения ребёнок находился на искусственном вскармливании. Профилактические прививки – отказ. В марте 2019 г. в возрасте 2-ух лет мальчик получал лечение в ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» (г. Москва) по поводу дренирования абсцессов печени. В январе 2020 г. на плановом обследовании в ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского» (г. Москва) при контрольном УЗИ органов брюшной полости выявлен регресс абсцессов печени, образование очагов фиброза. Назначена антибактериальная терапия.

В марте 2020 г. ребенок госпитализирован в ГАУЗ МО «Воскресенская 1-я районная больница» (г. Воскресенск) с жалобами на фебрильную лихорадку, продуктивный кашель. В клиническом анализе крови – Нв 75 г/л, Л $27,8 \times 10^9$ /л, Тр 690×10^9 /л, СОЭ 50 мм/ч, с/я 45%,

п/я 6%, СРБ 24 мг/л. На рентгенограмме органов грудной клетки отмечалась правосторонняя нижнедолевая пневмония с гидротораксом справа, гидроперикард. По данным УЗИ органов брюшной полости определялся асцит, гепатомегалия. В связи с отрицательной динамикой на фоне проводимой терапии ребенок в тяжелом состоянии переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ГБУЗ МО «Химкинская областная больница» (г. Москва). Мальчик получал антибактериальную терапию, трансфузии эритроцитарной массы, массивную инфузионную терапию.

В апреле 2020 г. пациент поступает экстренно в ГАУЗ МО «Воскресенская 1-я районная больница» (г. Воскресенск) с жалобами на вялость, малопродуктивный, частый кашель. В связи с тяжестью состояния ребенок переведен в ОРИТ. На фоне интенсивной терапии состояние ребенка без положительной динамики, в связи с чем мальчик в тяжелом состоянии переведен в ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского» (г. Москва).

При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые с серым оттенком. При аускультации лёгких – жесткое дыхание с разнокалиберными хрипами с обеих сторон. В клиническом анализе крови – Нв 90 г/л, Л 24×10^9 /л, Тр. 254×10^9 /л, СОЭ 45 мм/ч, с/я 57%, п/я 1%, СРБ 25 мг/л. В иммунограмме: IgG 17,2, IgA 3,7 (норма 0,4-1,8). При исследовании субпопуляции лимфоцитов наблюдалось повышение значений CD3+, CD3+ CD8+, CD3+ CD16+ CD56+.

Выставлен диагноз: Грибково-бактериальный сепсис. Двусторонняя деструктивная пневмония. Железодефицитная анемия 2 степени. Первичный иммунодефицит? Рекомендовано молекулярно-генетическое исследование в ФГБУ НМИЦ «ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» (г. Москва).

В июле 2020 г. пациент госпитализирован в ФГБУ НМИЦ «ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» (г. Москва). В иммунограмме: IgG – 18,5 (норма – 6,8-15,4), IgA – 4,39 (норма 0,3-1,5). Прямое секвенирование по Сенгеру: в экзоне 9 обнаружена замена одного нуклеотида с.925G> T в гемизиготном состоянии. По результатам Burst-test окислительная активность гранулоцитов после стимуляции отсутствует.

Выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) грудной клетки, по результатам которой отмечалось течение двусторонней полисегментарной пневмонии; на МСКТ брюшной полости – ограниченное жидкостное скопление в поддиафрагмальном

пространстве справа в SV II печени; на УЗИ органов брюшной полости – гепатоспленомегалия.

При бронхоскопии с бронхоальвеолярным лаважом выявлен рост полирезистентной *K. pneumoniae*. При диагностической биопсия легкого выявлены признаки гранулематозного поражения легочной ткани. Выставлен окончательный диагноз: первичный иммунодефицит: Хроническая гранулематозная болезнь. Мутация в гене *СУВВ с.925G>Тр.Glu309Ter* в гемизиготном состоянии.

Даны рекомендации продолжить антибактериальную терапию в течение 6 месяцев, проведение компьютерной томографии органов грудной клетки 1 раз в 6 месяцев по месту жительства. В течение 2021 года обострений заболевания не было. Ребёнок находится под динамическим наблюдением педиатра и иммунолога по месту жительства.

Выводы. Диагностика первичных иммунодефицитов не всегда осуществляется в раннем возрасте в связи с относительно низкой распространенностью, патогенетической разнородностью и отсутствием специфических клинических маркеров. Прогноз данного заболевания неоднозначен: подавляющее большинство детей имеют шансы дожить до старшего возраста, однако часть пациентов подвергаются значительному риску инфекции, поэтому они должны применять меры профилактики и стараться как можно раньше выявлять, и лечить возможную инфекцию.

Литература

1. Губкина М.Ф., Стерликова С.С., Юхименко Н.В., Петракова И.Ю., Хохлова Ю.Ю. Трудности диагностики хронической гранулематозной болезни у ребенка 10 лет. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2021;66(6):97-102. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2021-66-6-97-1022>.
2. Серебрякова Е.Н., Волосников Д.К., Пищальников А.Ю., Шилова Т.В. Хроническая гранулематозная болезнь: обзор литературы и описание случаев хронической гранулематозной болезни у детей Челябинской области // Трудный пациент. 2016. №2-3
3. Arnold DE, Heimall JR. A Review of Chronic Granulomatous Disease. *AdvTher.* 2017 Dec;34(12):2543-2557. <https://doi:10.1007/s12325-017-0636-2>.

Закирова Б.И., Хусаинова Ш.К., Миркомилова Г.М.

МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА ПРИ АЛЛЕРГИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ

Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Узбекистан

Атопический дерматит, являясь одним из самых ранних и частых проявлений измененной конституции и реактивности детского организма, встречается нередко и занимает одно из важнейших мест среди актуальных проблем педиатрии. Динамика становления микробиоты кишечника новорожденных зависит от множества факторов и её нарушения повышают риск развития атопии у новорожденных [1]. Состав микробиоты младенца с атопией имеет некоторые особенности еще до развития аллергии у новорожденного [2]. Микроэкологические сдвиги способствуют развитию сенсibilизации и являются важным фактором риска развития аллергических реакций в связи с активацией условно-патогенных микроорганизмов биоценоза кишечника [3, 4, 5].

Целью исследования явился анализ влияния материнской аллергии на становление кишечной микрофлоры у новорожденных.

Материал и методы исследования. Изучены результаты клинико-микробиологического обследования 46 новорожденных с материнской аллергией в анамнезе, госпитализированных в отделения неонатальной реанимации и отделении выхаживания недоношенных ОДМПЦг. Самарканда. Диагностика атопического дерматита установлена на основании анамнестических данных по разработанной нами карте и клинической картины заболевания. Микробиологическое изучение испражнений больных проводилось по модифицированной методике М.А. Ахтамова с соавторами.

Результаты исследования. Обследованы 26 мальчика и 20 девочек, поступивших в отделение неонатологии. Изучение анамнеза матерей новорожденных показало, что у 33-71,7% имелась пищевая аллергия, у 8-17,4% крапивница и у 5-10,9% отек Квинке. Причиной аллергии у матерей чаще были мед (10-21,7%), сладости и шоколад (9-19,6%), яйца (5-10,9%). 25-54,3% женщин получали антибиотики во время беременности в связи с обострением хронических заболеваний и осложненным течением родов. Оперативное родоразрешение отмечено у 7-15,2% матерей, бактериальный вагиноз – в 11-23,9%

случаях. Роды были физиологическими в 20-43,5% случаях. 38-82,6% детей родились доношенными, со средней массой при рождении 3485 ± 315 г, длиной тела $51,4 \pm 0,6$ см. Недоношенными родились 8-17,4% детей с гипоксически-ишемическим повреждением ЦНС. Наследственность по атопии отягощена у 16-34,7% новорожденных.

У поступивших в стационар новорожденных, имевших материнскую аллергию, наиболее часто клиническими проявлениями были стропулюс и потница у 32-69,6% больных, гнейс на волосистой части головы - в 34-73,9% случаях, опрелость I – II степени имела у 28-60,9% пациентов, сыпь – у 23-50,0% младенцев, везикулопустулез и мокнущая экзема - в 15-32,6% случаях. Новорожденные были поздно приложены к телу (15-32,6%) и груди (31-67,4%) матери.

Среди новорожденных получили лекарственные препараты – антибиотики - 11-23,9% детей, гормоны - 4-8,7% ребенка. Наиболее частой причиной раннего использования антибиотиков у новорожденных явились недоношенность, внутриутробная инфекция. 16-34,8% новорожденных находились на естественном и 30-65,2% – на смешанном или искусственном вскармливании. Симптомы аллергии чаще встречались у детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании. С момента рождения отмечен перевод новорожденных на искусственное вскармливание в 10-21,7% случаях. Помимо признаков атопического дерматита у больных зарегистрированы острая бронхообструкция (15-32,6%) и перинатальное поражение ЦНС. На беспричинный плач ребенка и периодическое внезапное беспокойство жаловались 28-60,8% матерей. Беспричинные эпизоды повышенной возбудимости отмечались у 9-19,6% новорожденных. На приступообразные схваткообразные колики, связанные с питанием, указывали мамы 13-28,3% пациентов.

Изучение состава кишечной микробиоты показал заметные изменения, как в качественном, так и в количественном отношении. При поступлении в стационар, кишечная флора у новорожденных отличалась скудностью: резко уменьшены как частота выявления, так и количественное содержание нормальных обитателей кишечника: бифидобактерии выявлялись в 6-ом разведении у 35-76,1% больных, ферментативнополноценные эшерихии высеяны в 27-58,6% случаях и негемолитические энтерококки выделены – лишь у 18-39,1% младенцев.

Выводы. Исследования показали, что факторами риска развития аллергии у новорожденных являются материнская аллергия, прием лекарственных средств вовремя беременности и родов, оперативное

родоразрешение, недоношенность, внутриутробная инфекция, позднее прикладывание новорожденного к телу матери, раннее лишение ребенка грудного молока и перевод на неестественное вскармливание. Высока роль даже незначительных сдвигов состояния кишечного биоценоза и развития микробной колонизации в генезе сенсibilизации и развитию аллергического компонента у новорожденных.

Литература

1. Kim H.J., Kim H.Y., Lee S.Y., Seo J.H., Lee E., Hong S.J. Clinical efficacy and mechanism of probiotics in allergic diseases. *Korean J.Pediatr.* 2013; 56(9): 369–76.
2. Tomic-Canic M., Perez-Perez G.I., Blumenberg M. Cutaneous microbiome studies in the times of affordable sequencing. *J.Dermatol. Sci.* 2014; 75(2): 82–7.
3. Урсова Н.И. Синдромы нарушенного микробиоценоза кишечника у детей: причины, диагностика, терапия // *CONSILIUM MEDICUM. Педиатрия* 2015. №2 стр.18-23.
4. Шавази Н.М., Рустамов М.Р., Закирова Б.И., Лим М.В., Мамаризаев И.К. Аллергические заболевания у детей с нарушением дисбиоза кишечника // *Вопросы науки и образования.* 2020. №31, С. 10-14.
5. Шавази Н.М., Закирова Б.И., Ибрагимова М.Ф., Турсункулова Д.А., Рашидова М.В. Особенности течения респираторных инфекций у детей на фоне атопических реакций. *Научно-практ. жур. Проблемы биологии и медицины. Мат.научно-практ. конф. с междунар. учас. Паразитарные и инфекционные болезни краевой патол. Центр.-Азиатского региона. Самарканд, 14-15 июня 2018. с. 94-95.*

Ибрагимова М.Ф., Пулатова Н.Ю.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Узбекистан

Пневмония является наиболее распространенным заболеванием органов респираторной системы. Актуальность проблемы воспаления легочной ткани объясняется высокой заболеваемостью, смертностью

среди детей раннего возраста. Среди основных причин неблагоприятного исхода пневмонии у детей выделяют несвоевременную диагностику и неадекватную терапию.

Цель работы: Оптимизировать лечебные методы при пневмониях с атипичной этиологией у детей.

Материалы и методы исследования. В зависимости от назначенной терапии 80 больных детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет были разделены на 2 группы, которые находились на стационарном лечении в Самаркандском Филиале РНЦЭМП в отделениях педиатрии №1,2. Больные I группы – 40 детей с микоплазменной и хламидийной этиологией, получавшие стандартную терапию, II группа - 40 больных с микоплазменной и хламидийной этиологией, получавшие джозамицин и резистол в комплексе стандартной терапии. Джозамицин назначали из расчета по 30-50 мг/кг в 2-3 приёма в сутки внутрь, резистол по 20 капель 3 раза в день. Препараты применяли в течении всего курса лечения.

Результаты работы: Так улучшение общего состояния у больных II группы наступало быстрее в 1,3 раза - на $5,0 \pm 0,2$ сутки, ликвидация гипертермии в 1,1 раза - на $6,2 \pm 0,3$ сутки, исчезновение дыхательной недостаточности в 1,1 раза - на $3,7 \pm 0,1$ день в сравнении с больными получавших стандартную терапию соответственно. Так, применение джозамицина и резистола приводило к ускорению нормализации измененных перкуторных данных в 1,1 раза - на $6,2 \pm 0,3$ дня, аускультативных данных в 1,2 раза, по сравнению с традиционной терапией на $6,7 \pm 0,3$, $10,2 \pm 0,4$ сут. Кашель купировался у больных II группы на 5 сутки, тогда как у больных I группы длился до 8 суток.

Выявлено, что во II группе больных исчезновение мокроты происходило в 1,2 раза быстрее - на $8,0 \pm 0,3$ дня, исчезновение токсического синдрома в 1,3 раза - на $3,0 \pm 0,2$ дня, при достоверной разнице с больными, которым назначалась традиционная терапия - $9,6 \pm 0,4$ и $3,9 \pm 0,2$ дня.

Выводы. Таким образом, включение джозамицина и резистола в комплексную терапию микоплазменной и хламидийной пневмонии у детей достаточно эффективно приводило к устранению основных патологических симптомокомплексов заболевания по сравнению со стандартной терапией, являясь результатом антибактериального действия джозамицина и положительного влияние резистола на состояние иммунного статуса, что позволяет рекомендовать его для клинической практики.

Ирбутаева Л.Т., Расулова Н.А., Ахмедова М.М.

ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА У ЧАСТО БЕЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность проблемы часто болеющих детей объясняется значительным увеличением числа больных, увеличением коечных фондов в детских стационарах, длительным уходом за больными детьми, а также значительным экономическим ущербом.

Цель исследования: изучение неспецифических факторов защиты организма у часто болеющих детей с различными заболеваниями осложненной диареей.

Материалы и методы исследования: Иммунологическому обследованию подверглись 45 часто болеющих детей, госпитализированные в ДГБ №1 г. Самарканда. Изучены показатели фагоцитоза и бактерицидная активность сыворотки крови. Фагоцитарная реакция нейтрофилов крови (процент активных фагоцитов, фагоцитарное число, завершенности фагоцитоза) определяли по методике Е.А. Олейниковой с соавторами (1975); бактерицидная активность сыворотки – нефелометрическим методом на ФЭК – 56М.

Результаты исследования: обследовано 45 детей, в возрасте от 1 года до 3 лет, относящихся к категории часто болеющих. В анамнезе выяснено, что обследованные дети в течение одного года несколько раз болели с разными заболеваниями, таких как ОРЗ, отит, тонзиллит, бронхит и во многих случаях заболевания осложнялись диареей. При распределении обследованных детей по группам учитывали диагноз заболевания.

Анализ полученных данных показывает, что из 45 детей у 20% (9) отмечены обструктивный бронхит, сопутствующий – анемия 1 степени (1 группа), у 26,6% (12) – острый бронхит, сопутствующий - анемия 2 степени (2 группа) и у 53,3% (24) – ОРВИ, осложненной диареей, анемия 1 степени (3 группа).

Результаты исследования показывают, что неспецифические показатели защиты организма у часто болеющих детей с обструктивным бронхитом, процент активных фагоцитов составляет- $79,6 \pm 0,7\%$, у больных с острым бронхитом - $81,3 \pm 1,59\%$. Самый низкий процент активных фагоцитов отмечалось у больных детей ОРВИ с осложнен-

ной диареей - $69,6 \pm 0,6\%$. Индекс фагоцитоза в 1 группе составил $3,06 \pm 0,98$, во 2 группе – $3,8 \pm 0,40$, а в 3 группе – $2,01 \pm 0,91$.

Аналогичные результаты получены при определении показателя завершенности фагоцитоза. В 1 группе – 4-5 баллов, во 2 группе – 3-4 баллов, в 3 группе – 7-8 баллов. Бактерицидная активность сыворотки один из ведущих факторов неспецифической защиты организма. Такая активность связано с содержанием комплемента, пропердина, интерферона, С – реактивного белка и других активных веществ. При защите организма от инфекционного агента ее роль велика.

У обследованных больных, с обструктивным бронхитом, бактерицидная активность сыворотки проявилось в разведениях - 1:80 – 1:160, у больных с острым бронхитом такая активность наблюдалось в более высоких цифрах - 1:320 – 1:640. Самые низкие показатели БАС отмечено у детей ОРВИ осложненной диареей - 1:10-1:20

Выводы: при очень низком уровне неспецифических факторов защиты организма у часто болеющих детей, заболевания верхних дыхательных путей часто осложняется диареей. В таких случаях, необходимо повысить уровень неспецифических факторов защиты организма при помощи иммуностимуляторов.

Литература

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Н. Новгород: НГМА, 2003, стр.180.
2. Балева Л.С., Баянская Г.Л., Блистинова З.А. и др. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей. Медицинская технология. М., 2006, стр.48.
3. Булгакова В.А., Балоболкин И.И., Сенцово Т.Б. Острые респираторные инфекции у часто болеющих детей. Журнал «Медицинский совет». 2007, № 3, стр. 34.
4. Даукш И.А., Муратходжаева А.В. Эффективность применения некоторых иммуномодуляторов у часто болеющих детей дошкольного возраста. Педиатрия. 2009, № 1-2, стр. 114.
5. Маркова Т.П., Чувиров Д.Г. Длительно и часто болеющие дети. РМЖ. 2002, т.10, № 3, стр.125.
6. Chambaz H. Etude Clinique d'une immunotherapy polyvalentedans le traitement des parodontopathies. Chir Dent France, 2004, 44: 209: p. 41.
7. Rudely C.H., Fruhwirth V., Wick G., Wolf H. Immunol., Immune response in the lungs following oral immunization with bacterial lysates of respiratory pathogens. Clin. Diagn. Lab 2004, 3. P.51.

Комарова А.А., Мартышко В.В., Федина Н.В., Гудков Р.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА САНФИЛЛИПО

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

Мукополисахаридоз III типа является редким мультисистемным заболеванием, обусловленным накоплением гликозаминогликанов (ГАГ) в клетках различных органов, приводящее к нарушению их функции, специфическим фенотипическим признакам и прогрессирующим нейрокогнитивным нарушениям. Путь передачи - аутосомно-рецессивный, частота встречаемости 1 на 80-100 тысяч населения. Манифестация клинических проявлений начинается после 1,5-2 лет: прогрессирующая задержка психо-речевого развития, лицевой дизморфизм (гаргоилизм), задержка роста, нарушения носового дыхания, паховые грыжи, костные деформации, тугоподвижность суставов. Ввиду отсутствия заместительной ферментотерапии при МПС III типа, быстро развивается грубая задержка интеллектуального и речевого развития, ребенок рано инвалидизируется, наблюдаются рецидивирующие пневмонии. Полиморфизм и неспецифичность клинических проявлений, отсутствие настороженности врачей к орфанным заболеваниям являются частой причиной поздней диагностики МПС.

Материалы и методы. Представлен клинический случай МПС III типа у ребенка, проходившего лечение в ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой», впервые поступившего в стационар с клиникой пневмонии в возрасте 3 лет в 2011 году. Ребенок от здоровых родителей, от срочных родов, с задержкой внутриутробного развития. До 1,5 летнего возраста рос и развивался нормально, привит по возрасту. С 2-х летнего возраста начался регресс психомоторных навыков, появилось нарушение походки, перестал проситься на горшок. С этого же возраста рецидивирующие респираторные эпизоды, шумное носовое дыхание.

Характерные фенотипические черты: широкая переносица, короткая шея, эпикант, утолщенный кончик носа, жесткие сухие волосы, брахидактилия, деформация кисти по типу «когтистой лапы», гепатоспленомегалия. Отмечалась гиперактивность мальчика, возбудимость, задержка речевого развития, нарушение походки по типу легкой атаксии, мышечная гипотония, когнитивные расстройства (эмоциональная уплощенность, плохой контакт с окружающими, отсутствие активной речи).

Консультирован генетиком, заподозрен МПС, обследовался в МГНЦ РАМН, выявлена повышенная экскреция гепарансульфата с мочой, содержание ГАГ -107,9 мг/мМ. Энзимодиагностика - дефицит гепаранN-сульфатазы, подтвержден диагноз МПС III типа (Санфилиппо). Ферментозаместительная терапия не проводилась, симптоматическая терапия антиконвульсантами, антибиотики при эпизодах пневмонии. В настоящее время ребенку 12 лет, глубокий инвалид, самостоятельно не передвигается, деменция, агрессивен, бульбарные нарушения, сохраняются частые респираторные эпизоды. Установлена гастростома.

Выводы. МПС III типа относится к прогрессирующему нейрокогнитивному заболеванию с ранней инвалидизацией пациента и неблагоприятным исходом при проведении симптоматической терапии.

Литература

1. Клинические рекомендации Мукополисахаридоз III типа у детей, Москва, 2016.
2. Бучинская Н.В., Чикова И.А., Исупова Е.А., Калашникова О.В., Костик М.М., Часнык В.Г. Современные подходы к терапии мукополисахаридозов у детей. Вопросы современной педиатрии. 2014;13(3):35-43
3. Lavery C, Hendriksz CJ, Jones SA. Mortality in patients with Sanfilippo syndrome. Orphanet J Rare Dis. 2017;12(1):168.
4. Valstar MJ, Marchal JP, Grootenhuis M, Colland V, Wijburg FA. Cognitive development in patients with Mucopolysaccharidosis type III (Sanfilippo syndrome). Orphanet Journal of Rare Diseases 2011, Jun 20;6:43
5. Zelei T, Csetneki K, Vokó Z, Siffel C. Epidemiology of Sanfilippo syndrome: results of a systematic literature review. Orphanet J Rare Dis. 2018;13(1):53.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ О ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

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

Железодефицитная анемия (ЖДА) — полиэтиологичное заболевание, развитие которого связано с дефицитом железа в организме из-за нарушения поступления, усвоения или повышенных потерь. Основными причинами развития ЖДА в детской практике являются: дефицит железа при рождении, алиментарный дефицит железа вследствие несбалансированного питания; повышенные потребности организма в железе вследствие бурного роста ребенка; потери железа из организма, превышающие физиологические [1].

Основными клиническими проявлениями ЖДА являются гипоксический и сидеропенический синдромы. Гипоксический синдром включает общие для всех анемий симптомы: бледность, усиленное сердцебиение, шум в ушах, слабость. К проявлениям сидеропенического синдрома относятся извращения вкуса, сухость кожи, изменение ногтей, выпадение волос, ангулярный стоматит и т. д. Многообразие клинических симптомов железодефицита объясняется широким спектром метаболических нарушений, к которым приводит дисфункция железосодержащих и железозависимых ферментов [2].

Цель: на основании актуальности проблемы железодефицита у детей было решено провести анкетирование родителей на эту тему.

Материалы и методы: На базе БУЗ ВО ВГКП №1 ДП2 к2 было проведено анкетирование родителей 20 детей. Список вопросов имел 10 пунктов. Восемь детей (40%) были до 3х летнего возраста. 45% (9 детей), входили в возрастной диапазон от 3 до 6 лет. Еще 10% школьников имели возраст от 6 до 10 лет. И одному ребенку было 14 лет.

Результаты: На вопрос: выявляли ли когда-либо у Вашего ребенка железодефицитную анемию? Утвердительно ответили 4 из родителей, что соответствует 20% респондентов, 16 родителей ответили отрицательно. На вопрос об избирательности пищевого поведения 16 родителей ответили отрицательно, а это значит, что 80% родителей не отмечают у своего ребенка избирательности в пищевых предпочтениях. На вопрос об извращениях вкуса и запахов 100 % респондентов ответили отрицательно, а это значит, что все 20 родителей не от-

мечают признаков пикохлоротики у своего ребенка.

Следующий вопрос анкеты был о клинических проявлениях дефицита железа, а именно о ломкости ногтей, появлении на ногтевой пластине горизонтальных белых полос, выпадении волос у детей. Никто из опрошенных родителей не заметил таких признаков у своего ребенка.

На вопрос: употребляет ли ваш ребенок в пищу красное мясо (в красном мясе – говядине содержится достаточное количество необходимого микроэлемента)? 30% родителей (6 человек) дали отрицательный ответ, а это значит, что у этих детей может быть выявлен железодефицит.

Поинтересовавшись возрастом начала употребления в пищу мясных продуктов, было выявлено, что ответы на данный вопрос распределились поровну: 10 респондентов ввели в рацион питания своих детей мясные продукты на первом году жизни, еще 10 родителей стали предлагать данный продукт прикорма в возрасте старше 1 года.

Следующий вопрос анкеты звучал так: как часто ребенок проходит исследования крови (общий анализ крови)? Однократно в год, с профилактической целью, данное исследование проходят 7 детей, что соответствует 35%, а 40% родителей (8 человек) считает, что нет необходимости в исследовании общего анализа крови, если у ребенка нет жалоб. Спросив родителей о беседе врача-педиатра на тему профилактики ЖДА, получили отрицательный ответ от 70% респондентов, а это значит, что родители 14 детей не знали о профилактических мероприятиях железодефицита.

Выводы: Таким образом, опросив родителей 20 детей, получили следующие данные и пришли к выводам. Что необходима частая, детальная и настоящая беседа врача педиатра с родителями детей любых возрастов на тему профилактики дефицита железа. Из этого следует, что необходимо рассказывать родителям не только о лечении заболевания, когда оно сформировалось, но и о его профилактике. Необходимо доносить до родителей важность введения в рацион питания мясных продуктов богатых железом уже на первом году жизни в соответствии с Национальной программой питания.

Важно убеждать родителей в необходимости присутствия мясных продуктов в рационе любых возрастных групп. Помимо этого, целесообразно проводить плановые лабораторные обследования детей для раннего выявления ЖДА и латентного дефицита железа.

Литература

1. И.Н. Захарова, А.Н. Горяйнова, Е.Б. Мачнева [и др.] Дефицит железа у детей раннего возраста и способы его коррекции // Вопр. соврем. Педиатрии. 2013. No 2.
2. Тарасова И.С. Железодефицитная анемия у детей и подростков // Вопр. соврем. Педиатрии. 2011. No2. С. 40–48.
Кретьова Г.И., Разуваева Ю.Ю., Леднева В.С., Коломацкая В.В.

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

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

До сих пор внимание всего мирового сообщества приковано к одной общей проблеме — распространению новой коронавирусной инфекции COVID-19. Сложившаяся эпидемиологическая обстановка, заболевание новой коронавирусной инфекцией COVID-19, безусловно, влияет не только на физическое здоровье, но и на психологическое состояние населения. Считается, что дети болеют с менее выраженной клинической симптоматикой и реже требуют госпитализации, однако, это не исключает тяжелое течение заболевания и постковидных осложнений [1, 2].

Цель исследования: изучить частоту встречаемости и структуру последствий новой коронавирусной инфекции у детей различных возрастных групп.

Материалы и методы исследования: на базе ДП № 3 г. Воронежа было проведено анкетирование 60 детей в период с октября 2021 г. по январь 2022 г. В возрасте до 12 лет анкету заполнял один из родителей, после 12 лет - сам пациент. Критериями включения в исследование являлись: возраст ребенка до 17 лет, диагноз «Новая коронавирусная инфекция, вирус идентифицирован, легкой/средней степени тяжести», подтвержденный положительным ПЦР-тест на РНК SARS-CoV-2, отсутствие хронических заболеваний до заболевания новой коронавирусной инфекцией. Все пациенты после перенесенной новой коронавирусной инфекции прошли следующие обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, электрокардиография.

В разработанной нами анкете респондентам требовалось указать пол, возраст ребенка, дату перенесенной новой коронавирусной инфекции, основные клинические симптомы (лихорадка, кашель, насморк/заложенность носа, боль и першение в горле, миалгия, слабость, головная боль, тошнота, одышка, тахипноэ, тахикардия, боли в животе, рвота, диарея, гипо-/аносмия, агевзия), длительность заболевания, условия лечения (в стационаре или амбулаторно), наличие постковидных осложнений (длительный субфебрилитет, снижение иммунной функции организма, гипо-/аносмия, а-/дисгевзия, когнитивная дисфункция, повышенная усталость, низкая выносливость, метаболические нарушения, неврологические и психические расстройства, поражение желудочно-кишечного тракта, бронхо-легочной и сердечно-сосудистой систем).

Результаты исследования: По результатам анкетирования респонденты были разделены на следующие возрастные категории: 0-5 лет (20 человек), 6-11 лет (20 человек), 12-17 лет (20 человек). В каждой возрастной группе было поровну мальчиков и девочек. У всех опрашиваемых хронических заболеваний не наблюдалось. В группе детей в возрасте от 0 до 5 лет у 30% (10% мальчиков и 20% девочек) опрашиваемых наблюдались постковидные осложнения в виде снижения иммунной функции (участилась заболеваемость ОРВИ в 2 раза), снижения внимания. В группе обследуемых с 6 до 11 лет из у 60% пациентов (30% девочек и 30% мальчиков) наблюдались постковидные осложнения и постковидный синдром. По структуре патология разделилась следующим образом: у 40% исследуемых наблюдалось снижение когнитивной функции в виде снижения внимания, снижение скорости чтения, повышенная усталость, низкая выносливость, у 10% появились осложнения со стороны бронхолегочной системы (бронхиальная астма и обструктивный бронхит), а у 10% дебютировали осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (дискинезия желчевыводящих путей, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь).

В настоящее время данные пациенты наблюдаются у невролога, пульмонолога и гастроэнтеролога. В обследуемых с 12 до 17 лет у 70% детей наблюдались постковидные осложнения. По структуре патологии заболевания разделились следующим образом: у 20% детей (поровну мальчиков и девочек) наблюдался длительный субфебрилитет (14 дней после отрицательного ПЦР-теста), у 20% обследуемых наблюдалась когнитивная дисфункция, неврологические расстрой-

ства в виде головной боли, перепадов АД, слабости. Дисгевзия, которая сохранялась в течение 21 дня после выздоровления наблюдалась у 10% респондентов (девочки) данной возрастной группы. Длительная гипосмия (в течение 30 дней после выздоровления) наблюдалась у 10% детей (мальчики). Выпадение волос, сухость кожи, ломкость ногтей, железодефицитная анемия 1 степени по результатам общего и биохимического анализов крови выявлялись у 10% опрошенных.

Выводы: По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы: частота встречаемости постковидных осложнений у детей в трех возрастных группах различна. Выявляется прямая пропорциональная зависимость: чем старше ребенок, тем чаще выявляются постковидные осложнения. Соотношение мальчиков и девочек с постковидными осложнениями примерно одинаковые, то есть пол ребенка в развитии постковидных осложнений значения не имеет. Наиболее часто у детей выявляются осложнения со стороны нервной, пищеварительной, бронхолегочной кроветворной систем, что требует дополнительного обследования у профильных врачей и объясняет необходимость реабилитации после новой перенесенной коронавирусной инфекции.

Литература

1. Стародубцева Т.С., Леднева В.С., Разуваева Ю.Ю., Особенности проявления новой коронавирусной инфекции у детей // Неделя науки - 2021 Материалы международного молодежного форума. 2021. Ставрополь: Ставропольский государственный медицинский университет, 2021. С. 286-287.
2. Кокорева С.П., Разуваева О.А., Разуваева Ю.Ю., Разуваева Ю.Ю., Неклюдова Е.В., Смолиговец А.Р. Психоэмоциональное состояние пациентов с новой коронавирусной инфекцией // Инфекционные болезни в современном мире: Эволюция, текущие и будущие угрозы. Сборник трудов XIII Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского; IV Всероссийской научно-практической конференции; VI Всероссийского симпозиума. М.: Общество с ограниченной ответственностью "Медицинское Маркетинговое Агентство", 2021. - С. 77-78.

Колганова А.И., Когутницкая М.И., Сулина М.В.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ПОДТВЕРЖДЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Воронежский государственный медицинский университет
имени Н.Н. Бурденко, Воронежская областная клиническая больница
№1, Перинатальный Центра, г. Воронеж, Россия.

В современном мире пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 затронула все сферы жизни общества. До момента создания вакцины большое количество женщин перенесли SARS-COV-2 во время беременности, что увеличило риски развития патологий у плода и новорожденного. До настоящего времени актуальным остается изучение состояния здоровья новорожденных от матерей, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19.

Цель исследования: изучить состояние здоровья новорожденных детей, родившихся от матерей, инфицированных новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Материалы и методы: проведено проспективноеодноцентровое исследование историй развития новорожденных, родившихся на базе БУЗ ВО «ВОКБ № 1», перинатальный центр в 2021 году. Всего было проанализировано 258 историй развития новорожденных с перинатальным контактом по новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Результаты: При проведении анализа медицинской документации было установлено, что наиболее частыми осложнениями беременности были фетоплацентарная недостаточность (35,33%) и внутриутробная гипоксия плода (24,62%). Возникновение фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии плода, обусловленной нарушением фетоплацентарной перфузии и/или возможными тромботическими изменениями у матери, васкулопатией, снижением барьерной функции плаценты, воспалительными изменениями в ней на фоне течения инфекционного процесса при новой коронавирусной инфекции привело к увеличению частоты проведения операции кесарева сечения (52,5%).

Средний гестационный возраст новорожденных составил 36 недель. Дети, родившиеся от матерей, перенесших инфекцию в III триместре беременности, имели среднюю оценку по шкале Апгар 6,4 баллов на первой минуте и 7,1 балла на пятой минуте. У детей, ро-

дившихся от матерей, с подтвержденным диагнозом в родах средняя оценка по шкале Апгар составила 6,1 балла на первой минуте и 7,1 на пятой минуте. 85% новорожденным потребовалось проведение стабилизации состояния с момента рождения.

Объем мероприятий включал санацию верхних дыхательных путей с последующим обогащением вдыхаемой смеси кислородом и дальнейшей респираторной поддержке в виде кислородной палатки или подачи кислорода в кувез сроком от 2 до 5 суток. После рождения около 5% новорожденных нуждались в респираторной поддержке, были переведены на СРАР, длительность которого составила от 3 до 7 суток, 6 новорожденных, которые нуждались в проведении ИВЛ от 7 до 14 суток.

Маршрутизация новорожденных зависела от ПЦР-статуса матери и состояния здоровья новорожденного. Только 15% новорожденных были выписаны домой на 4-5 сутки под наблюдение участкового педиатра. Около 13% новорожденных нуждались в наблюдении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Большинство (72%) новорожденных требовали дальнейшего наблюдения и лечения и были переведены в отделения патологии новорожденных. Развитие церебральной ишемии 1-2 степени наблюдалось у 54 новорожденных (21%). При заражении коронавирусной инфекцией организм матери стремится к выработке IgG для защиты от инфекции, трансплацентарно они попадают в организм плода, где слабо удерживаются, особенно при заражении матери в 3 триместре и в родах, поэтому организм ребенка становится более подверженным к заражению инфекциями, как внутриутробно, так и постнатально. По данным исследования 71% детей имели показания к назначению антибактериальной терапии.

На основании вышеизложенного можно сделать выводы, о том, что в большинстве случаев клинические проявления у новорожденных, родившихся от матерей с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией COVID-19, неспецифичны. Тем не менее эти дети имеют высокий риск реализации инфекционной патологии, поэтому состояние из здоровья нуждается в дальнейшем изучении.

Литература

1. Trevisanuto D, Cavallin F, Cavicchiolo ME, Borellini M, Calgaro S, Baraldi E. Coronavirus infection in neonates: a systematic review. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2021 May;106(3):330-335.

<https://doi.10.1136/archdischild-2020-319837>.

2. Juan J, Gil MM, Rong Z, Zhang Y, Yang H, Poon LC. Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020 Jul;56(1):15-27 <https://doi.10.1002/uog.22088>.
3. Tanna R, Dugarte HJN, Kurakula S, Muralidharan V, Das A, Kanigalpula SPR, Mendez IE, Afaq M, Bassi R, Shah K, Saddiq Z. Review of Impact of COVID-19 on Maternal, Neonatal Outcomes, and Placental Changes. *Cureus.* 2022 Aug 31;14(8):e28631. <https://doi.10.7759/cureus.28631>.
4. Дегтярев Д.Н. Можно ли рассматривать вирус SARS-COV-2 в качестве возбудителя ТОРСН-инфекций у новорожденных? // Неонатология: новости, мнения, обучение. 2021. Т. 9, № 1. С. 5–7. <https://doi.org/10.33029/2308-2402-2021-9-1-5-7>

Кудратова З.Э., Мухамадиева Л.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Узбекистан

Цель исследования заключается в выявлении клинико-иммунологических особенностей течения обструктивного бронхита с атипичной микрофлорой на современном этапе для усовершенствования результатов диагностики с последующей разработкой дифференцированных методов лечения.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в Специализированной детской хирургической клинике Самаркандского Государственного медицинского университета и в отделении педиатрии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в периоде 2020-2022 гг. Под наблюдением находилось 90 больных детей в возрасте от 5 месяцев до 6 лет с диагнозом острый обструктивный бронхит. В зависимости от проведенной терапии дети были разделены на 4 группы. I группа детей получала стандартную терапию. II группа детей получала стандартную терапию и в качестве антибиотикотерапии был применён Кларитромицин. III группа получала стандартную терапию и имму-

номодулятор «Галавит». IV группа получала стандартную терапию Кларитромицином и иммуномодулятор Галавит.

Результаты исследования. У обследованных нами детей (90), диагностировали среднетяжелое течение ООБ в 57,8% и тяжёлое течение 42,2%. Инфицирование только *S. pneumoniae* было характерным для среднетяжелого течения ООБ в 65,6% случаев по сравнению с тяжелым течением болезни, при которой инфицированность этим внутриклеточным возбудителем встречалась почти в 2 раза реже ($p < 0,05$). Более того, у детей, только инфицированных *M. pneumoniae* отмечалось среднетяжелое течение было отмечено ООБ у 68,4 % детей. Наличие тяжелой формы течения ООБ у инфицированных *M. pneumoniae* наблюдалось у 23,7% детей, в 3 раза реже чем у инфицированных *S. pneumoniae*. Стоит упомянуть, что среди инфицированных *S. pneumoniae* детей заболевших ООБ чаще встречались мальчики по отношению к девочкам.

Тяжесть состояния у детей с ООБ при поступлении в стационар была обусловлена симптомами интоксикации и дыхательной недостаточностью. Интоксикационный синдром проявлялся вялостью у 16 (17,8%) больных, снижением аппетита у 52 (57,8%) больных, беспокойством у 63 (70,0%) больных и повышением температуры тела у всех больных. Длительность интоксикационного синдрома был более длительным в I группе в основном у детей грудного возраста. Выводы. У обследованных нами детей течение заболевания чаще было среднетяжелым 57,8%, и в меньшей степени тяжелым 42,2%.

Одышка у всех пациентов имело место преимущественно экспираторного характера и сопровождалась дыхательной недостаточностью различной степени тяжести преимущественно дыхательной недостаточностью ДН I степени, которая регистрировалась у 57 (63,3%) детей, по сравнению со II - 6,7% и III степенью - 1,1%. ДН I степени тяжести была зарегистрирована у 57 (63,3%) детей, больше в раннем 63,2% в возрасте, от 3 до 6 лет в 36,8% случаев. ДН II степени наблюдалась у 6 (6,7%), у большинства детей 4 (66,7%) в возрасте от 5 месяцев до 1 года.

ДН III степени регистрировалась у 1 (1,11%) пациента в возрасте до 3 лет, у которого диагностировали ППНС в форме детского церебрального паралича и потребовалось лечение в отделение реанимации и интенсивной терапии. Клиническими проявлениями ДН III степени у этого больного явились адинамия, периодически сменяющаяся возбуждением, периоды апноэ, тотальная бледность кожных покровов и

тахикардия. Одышка усиливалась при кормлении, а также отмечалось втяжение податливых мест грудной клетки при дыхании.

Клинические признаки ООБ с атипичной микрофлорой появлялись через 4-5 дней после начала болезни. У всех наблюдаемых больных при поступлении было отмечено повышение температуры тела. У 58,9% температура была в пределах 37°C, температура тела свыше 38°C была отмечена у 35,6% больных, свыше 39°C наблюдалась у 5,6% больных ($p < 0,05$).

Литература

1. Ачилова Д.Н. Клинико-иммунологические аспекты и оптимизация методов диагностики обструктивного бронхита у детей. 2019. С.17-41
2. Алибекова М.Б. Особенности диагностики и лечения микоплазменной пневмонии у детей раннего возраста // Вестник экстренной медицины 2013. №3. С.86-89.
3. Алибекова М.Б. Клинико-иммунологические особенности микоплазменной пневмонии у детей раннего возраста: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Ташкент, 2012. 17 с.
4. Баринский И.Ф., Махмудов Ф.Р., Мордвинцева Э.Ю., Сергеев О.В. Специфические инактивированные вакцины и иммуномодуляторы как средство экстренной профилактики острых вирусных инфекций и рецидивов хронических вирусных заболеваний // Terra Medica. 2014. №4. С. 22-26.
5. Белан Э.Б., Садчикова Т.Л. Острые респираторные вирусные инфекции: актуальный взгляд на проблему и современный подход к лечению // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. №11. С. 60–64.

Лутфуллаев Г.У., Кобилова Ш.Ш., Юнусова Н.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕКРЕТОЛИТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Узбекистан

В последние годы наблюдается неуклонный рост числа пациентов детского возраста, страдающих экссудативным средним отитом (ЭСО). Пусковым механизмом в развитии ЭСО является дисфункция

слуховой трубы, развивающаяся в результате ОРВИ, острой или хронической патологии носоглотки, носа и околоносовых пазух. При ЭСО во всех элементах среднего уха развивается отёк слизистой оболочки, в ней увеличивается количество бокаловидных клеток и слизистых желёз, в полостях среднего уха появляется транссудат и вязкая слизь, резко нарушается функция мерцательного эпителия.

Диагностика ЭСО у детей часто затруднена из-за неярко выраженной отоскопической картины, отсутствия болей в ухе, а на начальных этапах - только периодической заложенностью уха.

Материал и методы исследования: в течении 2019-2022 г. в ЛОР отделении 1-клиники СамМУ было обследовано 42 пациента с ЭСО. Возрастной диапазон составил 4-14 лет, лиц мужского пола – 28 (67%), женского-14 (33%). Всем больным проводилось комплексное обследование: аудиометрия, тимпанометрия с определением акустических рефлексов.

Результаты: Односторонний процесс наблюдался у 30 (71%), двусторонний у 12 (29%). При тональной аудиометрии костно-воздушный разрыв на речевые частоты был от 20 до 50 дБ, при тимпанометрии акустический рефлекс отсутствовал у всех больных, тимпанограмма типа С выявили у 16 (38%), тип В у 26 (62%). 1 группу (основную) составили 22 больных, во 2 группу (контрольную) вошли 20 больных. Больным 1 и 2 групп проводилась традиционная терапия, пациенты 1 группы дополнительно получали препарат «Синупрет».

Выздоровлением считалось полное восстановление слуха, нормализация отоскопической картины, отсутствие костно-воздушного разрыва при тональной аудиометрии и появление при тимпанометрии типа А. Больные 1 группы уже к 7-8 дню отмечали субъективное улучшение слуха, уменьшение заложенности, снижение шума. К 10 дню по данным тимпанометрии у 14 (64%) пациентов наблюдалась тимпанограмма типа А, у 7 (32%) больных тимпанограмма типа С и у 1 (4%) – тимпанограмма тип В. По данным тональной пороговой аудиометрии в 1 группе у 12 (54%) больных отмечалось нормализация слуховых порогов, у 10 (46%) сохранялся костно-воздушный интервал (15дБ).

Во 2 группе больных субъективное улучшение наблюдалось к 10-12 дню. К 10 дню у 8 (40%) пациентов регистрировалась тимпанограмма типа А, у 9 (45%) больных тимпанограмма типа С и у 3 (15%) пациентов сохранялся экссудат (тип В). По данным тональной пороговой аудиометрии у 7 (35%) пациентов произошла нормализация

слуховых порогов. Костно-воздушный интервал в 15-20 дБ сохранялся у 9 (45%) человек, а у 4 (20%) имела место кондуктивная тугоухость I степени.

Выводы: Полученные результаты показали, что дополнение традиционного лечебного комплекса ЭСО препаратом «Синупрет» ускоряет процесс восстановления функции структур среднего уха и способствует раннему улучшению слуха у больных.

Литература

1. Бурмистрова Т.В. Этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита: дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2006. 118 с.
2. Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю., Пакина В.Р., Яновский В.В. Экссудативный средний отит в детском возрасте // Вестник оториноларингологии. 2015. № 80 (1). С. 75-79
<https://doi.org/10.17116/otorino201580175-79>
3. Саликов А.В. Экссудативный средний отит: функционально-морфологические изменения в носоглотке и барабанной полости, совершенствование методов их коррекции: дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2010. 123 с.

Лим М.В., Шавази Н.М., Закирова Б.И.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Узбекистан

Исследованиями последних лет определены наиболее значимые факторы, способствующие развитию рецидивирующего бронхита у детей: возрастные особенности дыхательных путей и грудной клетки; респираторная инфекция (респираторно-синтициальный вирусы, вирусы гриппа и парагриппа, аденовирус, микоплазма); особенности местного иммунитета; социальные факторы (пассивное курение, раннее посещение детских дошкольных учреждений).

Цель. Определить и оценить факторы риска развития рецидивов обструктивного бронхита у детей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 100 детей с обструктивным бронхитом, пациенты были разделены на 2 группы в

зависимости от течения заболевания: в I группу вошло 50 детей с острым течением заболевания (<3 эпизодов бронхообструктивного синдрома в течение предыдущих 12 месяцев), во II группу вошло 50 детей с рецидивирующим течением заболевания (3 и более эпизодов бронхообструктивного синдрома в течение предыдущих 12 месяцев). Всем исследуемым проводилось изучение анамнестических, клинических, общепринятых лабораторных исследований, а также проводилось выявление модифицирующих факторов риска в преморбиде для определения их негативной или позитивной прогностической значимости на развитие рецидивирующего обструктивного бронхита.

Результаты исследования. Оценка результатов определения факторов риска показала, что риск рецидивированного течения бронхообструктивного синдрома во II группе больных детей в сравнении с I группой больных по ряду показателей значительно отличались друг от друга, что проявилось в показателях отношения шансов возникновения заболевания IOR и относительного риска RR по следующим факторам: внутриутробные инфекции (IOR 2,47 и RR 2,11), обвитие плода пуповиной (IOR 2,75 и RR 2,02), рахит (IOR 6,47 и RR -11,24), паратрофия (IOR 8,14 и RR 4,91), перинатальное поражение ЦНС (IOR 3,87 и RR 3,02), атопический дерматит (IOR 4,04 и RR 1,81), «часто болеющие дети» (IOR 6,49 и RR 3,75), наследственность, отягощенная по бронхолегочной патологии (IOR 3,38 и RR 2,15), бронхиальная астма в семье (IOR 4,71 и RR 0,82), раннее смешанное и искусственное вскармливание (IOR 3,50 и RR 1,91).

Проведенный анализ модифицирующих факторов риска развития БОС у детей с острым бронхитом позволил составить шкалу риска рецидивов обструктивного бронхита. Риск развития рецидивирующего течения заболевания у детей с обструктивным бронхитом определяется по сумме баллов каждого из критериев. Полученная сумма интерпретируется по следующей шкале: 0-10 баллов – риск рецидивов заболевания минимален или отсутствует, 11-22 – риск рецидивов умеренный, необходим профилактический осмотр у педиатра каждые 12 месяцев, 23-30 – высокий риск развития рецидивов, необходимо проведение комплекса профилактических мероприятий, рекомендован осмотр педиатром каждые 6 месяцев, 31-38 – очень высокий риск развития рецидивов, необходимо проведение профилактических мероприятий, рекомендован осмотр педиатра каждые 3 месяца.

Выводы. Проведенное исследование позволяет сделать заключение, что существуют факторы в анте-, интра- и постнатальном пе-

риодах жизни ребенка, способствующие рецидивированному течению обструктивного бронхита. На основе проведенного исследования была составлена шкала риска рецидивов обструктивного бронхита, позволяющая выявлять риск хронизации бронхообструктивного синдрома на ранних этапах.

Лутфуллаев У.Л., Кобилова Ш.Ш., Юнусова Н.А.

ВОЗБУДИТЕЛИ ИНФЕКЦИОННОГО НАРУЖНОГО ОТИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Узбекистан

Наружный отит – группа воспалительных заболеваний наружного уха (ушной раковины и наружного слухового прохода). По данным различных авторов частота наружного отита составляет от 17% до 30% среди воспалительных заболеваний уха. Воспалительные заболевания наружного уха подразделяются на две группы: иммунологические и инфекционные. К инфекционным отитам относятся бактериальный и грибковый наружный отит, фурункул наружного слухового прохода и экзематозный наружный отит. Подъём заболеваемости инфекционным наружным отитом приходится на летние месяцы. Этому способствует тёплый влажный климат, купание в различных природных водоёмах. Возбудителями наружного отита являются различные виды условно – патогенных и патогенных микроорганизмов, грибы, вирусы, простейшие, а также их ассоциации.

Вопрос о ведущем этиологическом факторе наружного отита остаётся дискуссионным до сих пор. По данным литературы, бактериальные формы наружного отита составляют от 64% до 70%, грибковые (отомикозы) – 26,3% (дети)/18,6% (взрослые). Отмечено, что со временем происходит изменение видового состава возбудителей. Условно – патогенная бактериальная флора (преимущественно стафилококковая) приобретает высоковирулентные свойства, и вместе с грамм – отрицательными микроорганизмами занимает ведущие позиции. Всё чаще в качестве этиологического агента стали выступать не монокультуры, а их ассоциации. Данный факт осложняет диагностику и лечение данной патологии.

Цель исследования: уточнить этиологический профиль наружного отита в детском возрасте, с учётом жаркой погоды в летние месяцы.

Материал и методы исследования: под нашим наблюдением находились 42 ребенка 15 (36%) женского пола и 27 (64%) мужского пола в возрасте от 5 до 16 лет. Из них 24 (59%) больных лечились амбулаторно, а 18 (41%) – в стационаре. Исследование проводили с июня по сентябрь 2022 г. У 37 (90%) больных диагностирован острый диффузный бактериальный наружный отит и у 4 (8%) рецидивирующий бактериальный наружный отит и у 1 (2%) больного – хронический наружный отит.

В момент поступления больного из наружного слухового прохода брали мазок для бактериологического/микологического исследования. В 5-дневный срок были получены результаты исследования. Основной возбудитель бактериальных наружных отитов – *Pseudomonasaeruginosa* 24 (57,1%), на втором месте *Staphylococcus aureus* 4 (9.5%), затем *Streptococcus pneumonia* 1 (2,3%), *Staphylococcus saprophyticus* 1(2,3%). По данным микологического исследования у 5 (12%) пациентов выделена *Candida albicans*, у 3 (7,1%) – *Aspergillu sniger*.

Выводы: бактериальная этиология наружного отита подтверждена у 30 (71,4%) больных, грибковая – у 8 (19%) и смешанная у 4 (9,5%) больных.

Литература

1. Гуров А.В., Юшкина М.А. Особенности диагностики и лечения диффузного наружного отита // МС. 2019. №20. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-diagnostiki-i-lecheniya-diffuznogo-naruzhnogo-otita>(дата обращения: 30.09.2022).
2. Свистушкин В.М., Синьков Э.В. Наружный отит: от дифференциальной диагностики к этиотропной терапии // МС. 2016. №18. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/naruzhnyy-otit-ot-differentsialnoy-diagnostiki-k-etiotropnoy-terapii>(дата обращения: 30.09.2022).
3. Тарасов Г.Д. Наружный отит: обоснование лечения и профилактики // РМЖ. 2017. №5. стр.346-349

КОНЦЕНТРАЦИЯ ГОМОЦИСТЕИНА И УРОВЕНЬ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В КРОВИ У ДЕТЕЙ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Белорусия

Гомоцистеин (Hcy) – серосодержащая аминокислота, которая является продуктом обмена метионина и цистеина. Hcy способен оказывать повреждающее действие на эндотелий сосудов, являясь независимым фактором риска развития сердечно-сосудистой патологии [1, 2]. Установлено, что избыточная концентрация гомоцистеина препятствует выработке оксида азота – главного газового регулятора эндотелиального гомеостаза [3]. Гипергомоцистеинемия приводит к повреждению и активации эндотелиальных клеток, что ведет к нарушению эндотелий-зависимой вазодилатации [1].

Цель: оценить взаимосвязь между уровнями гомоцистеина и стабильных метаболитов оксида азота (NOx) у детей с повышенным артериальным давлением.

Материалы и методы. Обследовано 111 детей в возрасте от 14 до 18 лет, медиана возраста составила 15,2 (14,0; 16,5). Все пациенты были разделены на 3 группы: первую группу (n=51) составили дети с артериальной гипертензией (АГ), 2-ю группу (n=30) – с высоким нормальным артериальным давлением, 3-ю группу – 30 детей из групп периодического диспансерного наблюдения. Содержание гомоцистеина определяли в плазме крови методом обращенно-фазовой ВЭЖХ с предколоночной дериватизацией и изократическим элюированием с помощью модифицированной методики. Концентрацию стабильных метаболитов оксида азота (нитратов и нитритов, NOx) в плазме крови определяли с помощью реактива Грисса. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 10.0. Количественные данные, распределение которых не являлось нормальным, представлялись в виде медианы (25-75 %). Для оценки различий количественных признаков применялись непараметрические методы статического анализа. Различия считались достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установили, что содержание Hcy в плазме крови у детей с артериальной гипертензией составило 9,49

(6,44-10,36) мкмоль/л, что превышало его уровень у детей из группы сравнения – 5,26 (4,62-6,17) мкмоль/л ($p=0,000000$) и был выше, чем у пациентов с высоким нормальным артериальным давлением – 7,76 (6,47-10,35) мкмоль/л ($p=0,00001$). Статистически достоверной разницы между содержанием гомоцистеина в 1 и 2 группах не наблюдалось ($p>0,05$). Уровень нитратов / нитритов у детей с АГ составил 20,25 (16,87-22,30) мкмоль/л, в группе детей с высоким нормальным артериальным давлением – 18,12 (15,62-20,98) мкмоль/л, среди здоровых детей – 21,39 (18,03-26,89) мкмоль/л.

При анализе содержания уровня NOx у пациентов в зависимости от сформированных групп, установлены статистически значимые различия между здоровыми детьми и пациентами с верифицированным диагнозом АГ (21,39 и 20,25 мкмоль/л; $p=0,04$) и с группой детей с высоким нормальным артериальным давлением (21,39 и 18,12 мкмоль/л; $p=0,004$). Достоверных различий между пациентами 1-ой и 2-ой группы выявлено не было ($p>0,05$). Сравнительный анализ содержания Hcy и уровня NOx в крови у детей с повышенным артериальным давлением показал наличие отрицательной корреляционной связи ($r=-0,275986$, $p=0,014$).

Выводы. Концентрация Hcy в плазме крови у детей с артериальной гипертензией достоверно выше по сравнению с таковой у детей с высоким нормальным артериальным давлением и условно здоровых. У детей с артериальной гипертензией и высоким нормальным артериальным давлением уровень стабильных метаболитов оксида азота в плазме крови был достоверно ниже по сравнению с группой сравнения, что указывает на падение продукции эндотелиального оксида азота.

Литература

1. Снежицкий В.А., Пырочкина В.М. Клинические аспекты гипергомоцистеинемии. Гродно: ГрГМУ, 2011. 292 с.
2. Наумов А.В. Гомоцистеин. Медико-биологические проблемы. Минск: Проф. изд., 2013. 312 с.
3. Васильев А.Г. и др. Роль нарушений обмена гомоцистеина в патологических процессах // Российские биомедицинские исследования. 2022. №1. С. 44-59.

Мусатова В.А., Цветова Ю.К., Аникеева Н.А.

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У РЕБЕНКА СО МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ НА ФОНЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

Мальчик 5 месяцев. Ребенок от 1-ой беременности, протекавшей в 1/3 - на фоне токсикоза, с 15 недели отеки беременных. На 2-ом скрининге выявлены множественные пороки развития плода. Прервать беременность мать отказалась, предложено родоразрешение в условиях НМИЦ им.Кулакова. Роды самостоятельные на 39 неделе. Вес при рождении 4134 г., рост 55 см., по АРGAR 6/8. Диагноз при рождении: Синдромальная форма МПР: неопределенно сформированное, леворасположенное сердце. Единственный желудочек. Единое предсердие. Открытый общий атриовентрикулярный канал. Комбинированный стеноз клапана легочной артерии. Мальпозиция магистральных артерий. Пренатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Энтерогенная киста брюшной полости с внутриутробным перекрутом. На первой неделе жизни выполнена диагностическая лапароскопия, удаление кисты брюшной полости.

В возрасте одного месяца в НМИЦССХ им. А.Н.Бакулева проведено наложение подключично-легочного анастомоза слева с синтетическим протезом. Через 2 недели после выписки выявлен положительный тест на Covid-19. Госпитализирован в ДГКБ им. Башляевой с диагнозом: Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом Covid-19, вирус идентифицирован. ВПС. Заболевание осложнилось катетер-ассоциированным тромбофлебитом левой общей подвздошной вены, флебитом правой кубитальной вены. Больной получал: бамланивам+этесевимаб, антибактериальную, противогрибковую, противовирусную и антикоагулянтную терапию (гепарин, фраксин).

В клиническом анализе крови – анемия тяжелой степени, нейтрофилез, тромбоцитоз, эозинофилия. Выявлен высокий уровень D-димера (свыше 2428 нг/мл), снижен уровень фибриногена (1,24 г/л), уровень АЧТВ (26,4с). Мать от лечения отказалась, забрав ребенка домой.

Отрицательная динамика на 2 день в виде нарушения сознания и появления судорожного синдрома. Ребенок госпитализирован в отде-

ление детской реанимации ГКБ №11. На МРТ головного мозга - очаги крупной зоны формирующихся постишемических изменений в правой гемисфере мозга в бассейне правой спинномозговой артерии (СМА). Последствия перенесенного лакунарного «малого» ОНМК в бассейне правой СМА. Расширение субарахноидального пространства на фоне атрофических изменений мозга. В неврологическом статусе: отсутствие зрительного и слухового сосредоточения, крупноразмашистый нистагм, полуфлексия кисти слева, положительный симптом Бабинского с обеих сторон.

Получал: инфузионную, антибактериальную, мочегонную, нейрпротекторную и антикоагулянтную терапию. На фоне лечения состояние стабилизировалось, однако спустя месяц отмечена отрицательная динамика за счет нарастания явлений полиорганной недостаточности. В возрасте 5 месяцев зафиксирован летальный исход на фоне депрессии сердечной деятельности и остановки дыхания.

Заключение: описанный случай иллюстрирует тяжелые тромбозмболические (тромботические) осложнения коронавирусной инфекции у ребенка с множественными врожденными пороками развития. Необходимо сохранять настороженность в отношении тяжелого течения и развития жизнеугрожающих осложнений коронавирусной инфекции у детей с тяжелой сопутствующей патологией.

Литература

1. Гомелля М.В., Татарина А.В., Крупская Т.С., Рычкова Л.В. Особенности нарушений системы гемостаза при COVID-19 у детей (обзор литературы). Actabiomedicascientifica. 2021; 6 (3): 142–153. <https://doi.10.29413/ABS.2021–6.3.15>
2. Лобастов К.В., Счастливцев И.В., Порембская О.Я., Дженина О.В., Барганджия А.Б., Цаплин С.Н. COVID-19-ассоциированная коагулопатия: обзор современных рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике. Амбулаторная хирургия. 2020;(3-4):36-51. <https://doi.10.21518/1995-1477-2020-3-4-36-51>.

Муминов А.А., Матлубов М. М., Хамдамова Э. Г.

СОСТОЯНИЕ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ К МОМЕНТУ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Узбекистан

Существует мнение, что функциональное состояние МППК зависит не только от степени выраженности экстрагенитальной и акушерской патологии, но и состояния кровообращения матери в целом и в первую очередь от центральной гемодинамики и периферического кровообращения. О функциональном состоянии МППК судили по индексу резистенции (ИР) левой и правой маточной артерии, артерии пуповины. Исследовали также систолодиастолическое отношение (СДО) в среднемозговой артерии плода.

Цель исследования: Мы сочли целесообразным изучить функциональное состояние МППК у больных с различными формами МС непосредственно перед планируемым родоразрешением и или прерыванием беременности, используя для этого метод доплерометрии.

Материал и методы исследования: Исследования проводили у той же контингента женщин, у которых изучали функциональное состояние гемодинамики, в те же сроки их гестации – за 2 -3 дня до планируемого родоразрешения (прерывания беременности). В зависимости от степени выраженности МС все больные разделены на 4 группы по 17 наблюдений в каждой группе. В I-ую группу вошли больные с «незначительным» МС (МО 2,9 см²), во II-ую с «умеренно-выраженным» МС (МО -2,9-2,0 см²), III-ую группу составили женщины с «выраженным» МС (МО 1,9-1,1 см²) и IV-ую группу с «критическим» МС (МО 1,0 см²).

У беременных I группы при сроках гестации 36-38, недель регистрировали незначительное снижение изучаемых показателей МППК относительно должных величин у практически здоровых беременных в аналогичные сроки гестации. ИР левой и правой маточной артерий составлял соответственно $0,61 \pm 0,012$ и $0,62 \pm 0,014$, артерия пуповины $0,59 \pm 0,013$; СДО средней мозговой артерии равнялся $9,6 \pm 0,08$. У пациенток II - $0,014$, что свидетельствует о вполне удовлетворительном функциональном состоянии МППК на момент исследования.

Во II группе больных с «умеренно выраженным» МС при сроках гестации 34-36 недель регистрировали достоверное относительно пациентов I-й группы повышение ИР левой и правой маточной артерии соответственно на 31,1% и 25,8%, в пуповинной артерии на 25%, СДО в средней мозговой артерии повышалось на 42,7%, что свидетельствует об умеренно выраженном снижении МППК, способствующем задержке нормального развития плода.

У пациенток III-ей группы с выраженным МС (МО-1,9-1,9-1,1см²) при сроках гестации 32-34 недель отмечали достоверно более выраженное относительно II-ой группы женщин ухудшение МППК. Так в III-ей группе регистрировали снижение кровотока в левой маточной артерии на 13,7%, в правой маточной артерии на 15,4%, в артерии пуповины-на 16,2% СДО составил $17,4 \pm 0,03$, что превышает аналогичный показатель во II-ой группе женщин на 27%.

Результаты исследования: Сравнивая результаты, полученные у пациенток III –группы констатировать, что у больных с «выраженным» МС имели место грубые нарушения МППК уже при сроках гестации в 32-34 недели. Соответственно функциональные состояние МППК пациентов I-ой группы к таковым, полученным у практически здоровых беременных в сроки гестации 36-38 недель можно подсчитать степень выраженности фетоплацентарной недостаточности у пациентов III- группы: Так, ИР в левой и правой маточной артерии в сравнении с I-ой группой больных достоверно увеличивались на 49,2% и на 45,2% соответственно, а в артерии пуповины на 45,8% СДО в средней мозговой артерии плода увеличивалось на 81,1%.

Выводы: Таким образом, результаты, полученные при исследовании функционального состояния МППК у больных с различной степенью выраженности МС непосредственно перед планируемым родоразрешением (прерыванием) беременности показали, что у женщин с «незначительным» МС (2,9 см²) при сроках гестации 36-38 недель показатели, характеризующие плодово-маточно-плацентарный кровоток, приближаются к таковым у практически здоровых беременных в те же сроки гестации. По мере увеличения стеноза наблюдалось значительное увеличение числовых значений доплерометрических индексов (ИР), что отражало снижение диастолического кровотока вследствие повышения резистентности в МППК.

Литература

1. Абдукаримов Т.А. Оценка характера изменений в маточно-

плацентарном кровообращении у беременных с митральным стенозом: научное издание // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. Ташкент, 2012. №4 С. 74-75.

2. Абдукаримов Т.А. Выбор оптимальной акушерской тактики у беременных с недостаточностью митрального клапана // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2013, 3В С. 11-123.
3. Баевский Р.М., Кирилов С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. М.: Наука 1984. 222 с.
4. Бабажанова Ш.Д. Роль функциональных методов исследования в выборе тактики родоразрешения беременных с фетоплацентарной недостаточностью: автореф. Дис... канд мед наук: Ташкент, 2010. 25 с 5. Бухонкина Ю.М. Оптимизация диагностики и лечения беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Автореферат. Дис. Канд. Мед. Наук. Москва, 2010 г. С 47.
5. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности (Национальные рекомендации). Разработаны комитетом экспертов Российского кардиологического общества Москва 2018. 91-134. с

Петрова В.И., Волкова Е.Д.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОФАГОЦИТАРНОГО ЛИМФОГИСТИОЦИТОЗА

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

Термин гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз объединяет ряд врожденных и приобретенных заболеваний, главной причиной которых является дисбаланс иммунной системы пациента с чрезмерной активацией иммунного ответа, а конкретнее цитотоксических Т-лимфоцитов и макрофагов, их накопление в органах- мишенях и развитие системного воспалительного ответа.

Первичный гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз это аутосомно-рецессивное заболевание, которое развивается из-за генетического дефекта механизмов клеточной цитотоксичности. На сегодняшний день идентифицированы 5 генетических локусов, обуславливающих развитие первичного гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза. Частота встречаемости данной патологии у детей – 1:1 000 000 до 15 лет в год или 1

на 50 000 новорожденных в год. Клиника дебютирует в течение первого года жизни ребенка, реже в течение первых трех лет жизни.

Как правило, заболевание начинается остро на фоне текущего инфекционного процесса. В анамнезе отсутствуют указания на имеющуюся предшествующую иммунную депрессию. Физическое и психомоторное развитие пациента до дебюта заболевания обычно соответствует возрастным нормам. Диагностически значимыми симптомами лимфогистиоцитоза являются: лихорадка, резистентная к антимикробной терапии; гепатоспленомегалия; отечный синдром; геморрагический синдром; желтуха; неврологические расстройства. Однако, верифицировать гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз возможно лишь при наличии следующих лабораторных маркеров: цитопения, с вовлечением 2 и более ростков, гипертриглицеринемия, гипоальбуминемия, гипонатриемия, повышение уровня АЛТ, АСТ, билирубина, ЛДГ, гиперферритинемия, снижение активности НК клеток, признаки гемофагоцитоза в костном мозге, лимфатических узлах и ликворе.

Лечение пациентов с подозрением на первичный гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз проводится по международному протоколу HLH-2004. Пациентам с доказанным заболеванием показано выполнение аллогенной трансплантации костного мозга. В связи с редкостью заболевания, сложностью диагностики этот синдром является малоизученным и часто остается нераспознанным.

В декабре 2020 года в ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой поступила девочка в возрасте 1 месяца 3 дней жизни. Акушерско-гинекологический анамнез матери: 1 беременность 2014 год, роды 36 недель; 2 беременность 2018 год медикаментозный аборт; 3 беременность 2020 - настоящая. Со слов женщины семейный анамнез отягощен: у родного брата деда ребенка и его детей диагностирована β -талассемия. Мать со слов здорова.

При поступлении: состояние средней тяжести за счет симптомов интоксикации, лихорадки. Катаральных явлений нет. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. SaO₂ 97%. Тоны сердца звучные, тахикардия. Живот умеренно вздут, печень +1 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Вес 3640 грамм, ЧД 52 в минуту, ЧСС 180 в мин. В возрасте 10 дней перенесла ОРЗ, ринит, инфекция мочевых путей. Накануне поступления в отделение отмечалось вздутие живота, запор (мама связывала с нарушением диеты).

В течение пребывания в стационаре сохранялась лихорадка, нарастание желтухи с признаками холестаза, гепатомегалия, спленоме-

галия, осветленный кал, ярко-желтая окраска мочи, петехиальная сыпь, длительное кровотечение из мест инъекций. В анализах крови выявлена лейкопения, нейтропения, анемия, тенденция к тромбоцитопении, повышение трансаминаз, СРБ 10, продукты деградации фибрина по данным коагулограммы, гипокоагуляция, что потребовало заместительной терапии (СЗП, эритроцитарная взвесь), гемостатической терапии. На 23 день пребывания в стационаре появились симптомы поражения ЦНС. Ребенок консультирован неврологом, проведено КТ головного мозга, ЭЭГ, диагностическая люмбальная пункция.

В течение последующих дней состояние ребенка с отрицательной динамикой за счет усиления геморрагического синдрома (геморрагическая сыпь на слизистых), нарастания гепатомегалии, лихорадка, вялость, монотонный крик, присоединения отека синдрома. Периодически сходящееся косоглазие, эпизоды «затаивания». Отмечается подтекание желтоватой вязкой слюны. Сосет вяло, докорм через зонд, усваивает. Стул несколько раз в день, самостоятельный, желто-зеленый. Проведена костномозговая пункция, образцы отправлены в лабораторию ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева. Приступы апноэ участились. Ребенок переведён в АРО. В условиях реанимационного отделения проведена интубация трахеи, начата ИВЛ. На этом фоне SaO₂ 96%, брадикардии, сниженное АД. Через 2 часа состояние с отрицательной динамикой, крайне тяжелое, АД не определяется, начаты реанимационные мероприятия, без эффекта в течение 30 минут. Констатирована биологическая смерть ребенка.

После у матери была еще одна беременность. Данные плода и всей семьи так же были переданы в ФГБНУ «МГНЦ» им. ак. Н.П. Бочкова. Проведена прямая пренатальная ДНК-диагностика в семье на наличие патогенного варианта с.1122G>A 3 гена PRF1. В результате исследования у плода вариант данного гена зарегистрирован в гетерозиготном состоянии, также как у матери и отца. У пациентки, которую наблюдали данный вариант зарегистрирован в гомозиготном состоянии. Прогноз для плода в отношении наследственного гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза 2 типа благоприятный.

Гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз - тяжелое заболевание иммунной системы, требующее ранней диагностики, не поддающихся стандартной терапии, только лечение согласно гематологическому протоколу может обеспечить благоприятный исход болезни.

Литература

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза.
<https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prognosis-of-hemophagocytic-lymphohistiocytosis/abstract/14>

Прохоров Е.В., Островский И.М., Абдуллин Р.Ф., Ленарт Т.В.

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ФИБРОЗ ЛЁГКИХ У РЕБЁНКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького, Республиканская детская клиническая больница,
г. Донецк, Донецкая Народная Республика, Россия

Идиопатический лёгочный фиброз (ИЛФ) – заболевание легких неустановленной природы, которое характеризуется неинфекционным интерстициальным воспалением с исходом в прогрессирующий легочный фиброз. В отечественной литературе ИФЛ (болезни Хаммена-Рича) у детей уделяется мало внимания, по-видимому, из-за редкой встречаемости. Приводим историю болезни Ивана П., 4 лет 10 месяцев, находившегося на лечении в РДКБ г. Донецка.

Ребенок от IV беременности, III родов. С 3-го месяца наблюдается отставание в массе, дефицит массы к году – 2 кг 800 г. В возрасте 1 года находился в отделении кардиохирургии ИНВХ, где было заподозрено врожденное идиопатическое заболевание легких. В медико-генетическом центре Москвы проведено исследование образцов крови, обнаружен редкий гетерозиготный вариант SFTRA1 с неизвестным клиническим значением, ген которого кодирует изоформу-сурфактант-ассоциированного белка SPA1, описанную у пациентов с ИЛФ. Старший брат умер от идиопатического заболевания легких.

В возрасте 1 года 8 мес. лечился в РДКБ г. Донецка, где предположили болезнь Хэммена-Рича, в терапию включен преднизолон, а через полгода, на фоне приема поддерживающей дозы преднизолона (5 мг/сут) – азатиоприн.

В 3 года лечился в РДКБ г. Донецка с основным диагнозом: ИЛФ, ДН II. В 3 года 7 месяцев находился на лечении в ФГБОУ ВО СПбМУ Минздрава России с основным диагнозом: Интерстициальное заболевание легких. ДН I. С этого времени постоянной жалобой

стала одышка, а явления дыхательной недостаточности нарастали. В возрасте 3 года 10 месяцев в связи с резким ухудшением состояния госпитализирован в ОРИТ РДКБ. При поступлении состояние тяжелое. Кожа бледная, с цианотичным оттенком, цианоз носогубного треугольника. Одышка смешанного характера, ЧД – 40/мин., SpO₂ – 86% Перкуторно над легкими участки притупления. Дыхание жесткое, ослабленное, диффузные крепитирующие хрипы с обеих сторон.

В крови – умеренная нейтрофильная лейкоцитурия со сдвигом влево, СОЭ – 6 мм/час. Биохимический анализ в норме.

На ЭКГ – синусовая тахикардия, снижение вольтажа, укорочение АВ-проводимости, миграция водителя ритма, высокий зубец Р, высокий R в V₃, Назначена антибактериальная, инфузионная, симптоматическая терапия на фоне постоянной кислородной поддержки. Проведенные мероприятия успеха не имели и на вторые сутки пребывания в ОРИТ ребёнок скончался.

На аутопсии: легкие пониженной воздушности, режутся с хрустом, ткань мозаичного вида с чередованием участков розовато-серого, серо-красного и темно-синюшного вида, неравномерной плотности, во всех долях легких белесоватая плотная ткань в виде тонких прослоек. Бронхи в виде «гусиных перьев» выступают над поверхностью разреза.

Гистологически: разрастание соединительной ткани в межальвеолярных перегородках, вокруг бронхов и сосудов, в междольковом пространстве и в просвете некоторых альвеол, местами с пролиферацией фибробластов и очаговыми скоплениями макрофагов в просвете альвеол. Макро- и микроскопические изменения укладываются в картину ИЛФ с наличием очагов пневмосклероза и карнификации.

Также выявлены признаки хронического бронхита, двусторонней интерстициальной и РДС с формированием гиалиновых мембран. Патология легких привела к декомпенсации сердечной деятельности с развитием дилатации правых отделов сердца и возникновению хронической легочно-сердечной недостаточности.

Данное сообщение подтверждает, что ИЛФ в раннем возрасте характеризуется быстро прогрессирующим течением, и прогноз остается неблагоприятным даже при своевременной верификации диагноза.

Приходченко Н.Г., Бойцова Д.А.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Тихоокеанский государственный медицинский университет,
г. Владивосток, Россия

В настоящее время пищевая аллергия (ПА) является одной из важнейших проблем здравоохранения. Согласно клиническим рекомендациям ПА определяется, как вызванная приемом пищевого продукта патологическая реакция, в результате которой вырабатываются специфические иммуноглобулины (IgE), при этом могут быть реакции, не связанные с выработкой IgE, а также реакции смешанного типа. Актуальность нашего исследования обусловлена высокой частотой встречаемости гастроинтестинальных проявлений пищевой аллергии у детей первого года жизни.

В последние годы практическое здравоохранение стало активно пользоваться шкалами балльной оценки тяжести различных заболеваний, позволяющие улучшить динамическое наблюдение за пациентами, назначить им необходимое лечение и предотвратить дальнейшее прогрессирование заболеваний желудочно-кишечного тракта. На сегодняшний день в педиатрической практике не существует инструментов для объективной оценки тяжести гастроинтестинальных проявлений у детей первого года жизни с пищевой аллергией.

Цель исследования. Изучить эффективность использования шкалы оценки тяжести гастроинтестинальных проявлений у детей первого года жизни с пищевой аллергией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 24 ребенка от 1 до 12 месяцев с установленным диагнозом «Пищевая аллергия к коровьему молоку», диагноз был выставлен на основании Клинических рекомендаций Союза педиатров России. Контрольную группу составили 12 здоровых детей, сопоставимых по полу и возрасту. Всем детям была проведена балльная оценка тяжести гастроинтестинальных проявлений (ТГП) при помощи разработанной шкалы, которая включала в себя ряд показателей: длительность и интенсивность плача, немотивированное беспокойство в течение суток, наличие или отсутствие специфической позы, объем срыгиваний, характер стула, прибавка в массе тела и аппетит. Каждый показатель оценивался в

баллах в зависимости от выраженности проявлений. Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием пакета программ «Statistica», версия 13.0. Обработка полученного при исследовании материала проводилась по критериям вариационно-статистического анализа, использовались непараметрические методы.

Результаты и выводы. Клинические проявления пищевой аллергии у детей первого года жизни включали гастроинтестинальные (срыгивания, неустойчивый характер стула, наличие патологических примесей в кале, колики, флатуленции, недостаточные прибавки в массе) и кожные (сухость кожных покровов, полиморфные высыпания) проявления.

У всех детей была проведена оценка тяжести гастроинтестинальных проявлений с помощью разработанной шкалы. Оценивались такие клинические проявления, как плач и беспокойство, если ребенок плачет систематически на протяжении более 1 недели без видимой причины, по мнению родителей; объем и частота срыгиваний, характер стула, а именно форма, консистенция, наличие или отсутствие патологических примесей в кале; оценка прибавки в массе тела, ее отсутствие или потеря массы; производилась оценка аппетита.

У детей с пищевой аллергией ($n=24$) ТГП составила 17 баллов ($Me=17$, $Q1=12$, $Q3=21$). В контрольной группе здоровых детей ($n=12$) средняя оценка ТГП составила 4 балла ($Me=4$, $Q1=0$, $Q3=8$, $p<0,01$). В динамике через 2 недели, на фоне проведения элиминационной диеты и купирования клинических проявлений пищевой аллергии к белку коровьего молока, средний балл ТГП составил 8 баллов ($Me=9$, $Q1=4$, $Q3=13$; $p>0,05$ при сравнении с показателями контрольной группы, $p<0,05$ при сравнении с показателями при первичной оценке ТГП). Разработанная шкала оценки тяжести гастроинтестинальных проявлений позволяет нам объективно и достоверно оценить клинические проявления пищевой аллергии у детей первого года жизни. Это позволит оптимизировать процесс ведения пациентов с диагнозом пищевой аллергии в динамике, предотвратить прогрессирование заболевания и развитие атопического марша.

Литература

1. Приходченко Н.Г. Клинико-патогенетические механизмы формирования аллергии к белку коровьего молока у детей первого года жизни: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Тихоокеанский государственный медицинский

- университет. Владивосток, 2020. 228 с.
2. Клинические рекомендации. Пищевая аллергия. Союз педиатров России. 2018 г.
 3. Строкова Т.В., Таран Н.Н., Титова О.Н. [и др.] Оценка пищевого статуса у детей с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии // Вопросы детской диетологии. 2020. №2. С. 5-14. <https://doi.10.20953/1727-5784-2020-2-5-14>.
 4. Налетов А.В., Карпенко Д.А., Настобурко В.В. Пищевая аллергия как предиктор формирования функциональных абдоминальных болевых расстройств у детей школьного возраста // Медицина: теория и практика. 2020. №1. С. 134-137.

Приходченко Н.Г., Шуфлин В.А.

ВИЗУАЛЬНАЯ АНАЛОГОВАЯ ШКАЛА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКУЮ ИММУНОТЕРАПИЮ

Тихоокеанский государственный медицинский университет,
г. Владивосток, Россия

Важное место в современных реалиях по праву принадлежит такому заболеванию, как аллергия. Чаще всего развиваются такие заболевания как аллергический ринит (АР) и бронхиальная астма (БА), симптомы которых значительно снижают качество жизни [1, 2]. На настоящий момент единственным методом лечения аллергии с устойчивым эффектом является аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ), которая используется для лечения IgE-опосредованных заболеваний [1, 2].

Большое значение для лечения имеет состояние пациента, которое основывается на его ощущении, и может тем или иным образом указывать на правильность выбранной терапии для конкретного пациента. Оценка эффективности проводимого лечения остается актуальной проблемой клинической медицины. В частности, для контроля эффективности и переносимости терапии у пациентов с бронхиальной астмой широко используется Asthma Control Test (АСТ), который признан специалистами по всему миру и имеет обширную доказательную базу [3]. Что касается терапии аллергического ринита, оцен-

ка ее эффективности не имеет определенных стандартизированных оценочных шкал.

Цель исследования. Оценить эффективность использования визуальной аналоговой шкалы у детей г. Владивостока с аллергическим ринитом, которые получают сублингвальную аллергенспецифическую терапию.

Материалы и методы. В рамках исследования был проведен анализ электронных медицинских карт детей, наблюдающихся с диагнозом АР и БА - 52 ребенка от 5 до 16 лет, 25 детей получали АСИТ, 27 детей получали традиционную терапию соответственно тяжести заболевания. Оценка эффективности терапии проводилась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) у пациентов с АР и данных опросника с-АСТ (астма контроль-тест) у пациентов с БА. Для определения достоверности отличий между выборками мы использовали непараметрические методы статистики – критерий Вилкоксона-Колмогорова.

Результаты. Анализ данных показал, что из 25 пациентов: у (25 детей) 100% был АР, при этом у (13) 52% из них была БА, как коморбидное состояние. 11 детей (44 %) имели полисенсibilизацию, доказанную определением специфических Ig методом Иммуокап. Терапия проводилась сублингвальным вариантом с использованием стандартизованных высокодозных лечебных аллергенов.

Для оценки эффективности лечения АР мы проанализировали данные визуальной аналоговой шкалы, которая традиционно применяется у пациентов с АР для контроля над эффективностью терапии. Из данных визуальной аналоговой шкалы: показатели ВАШ перед началом АСИТ составили 81,7 (Me = 78,5, Q1 =72 Q3= 99), через 1 год после начала терапии данные ВАШ снизились до 42,5 (Me = 48, Q1 =25 Q3= 51), $p < 0,05$, но через 2 года появились минимальные симптомы АР и баллы ВАШ выросли на 10-15%, составив 63,4 (Me = 61, Q1 =51 Q3= 69), $p < 0,05$. Снижение баллов шкалы свидетельствует об уменьшении количества симптомов АР и потребности в лекарственной терапии.

Оценка эффективности терапии БА осуществлялась при помощи теста по контролю бронхиальной астмы у детей (астма контрол тест), который содержит вопросы о частоте, степени выраженности основных симптомов БА и потребности в медикаментозной терапии. Из данных опросника с-АСТ: показатели перед началом АСИТ составили 11,2 (Me = 13, Q1 =9 Q3= 16), через 1 год после начала терапии данные с-АСТ -

19,4 (Me = 18, Q1 =15 Q3= 20), через 2 года 23,6 (Me = 22, Q1 = 20 Q3= 24). Увеличение баллов теста свидетельствует о положительной динамике терапии и увеличении контроля над заболеванием.

Выводы. АСИТ – эффективный метод терапии АР и БА у детей, который в большинстве случаев помогает достичь контроля заболевания, снизить применение медикаментов или вообще отказаться от них, повысить качество жизни. Использование ВАШ эффективно для оценки терапии АР, она позволяет оценить изменения в состоянии пациента на протяжении всего лечения, и мы можем использовать ее в своей практической деятельности. Что касается опросника с-АСТ, наше исследование доказывает эффективность его применения у пациентов с БА в клинической медицине.

Литература

1. Жукова Н.В., Килесса В.В., Костюкова Е.А., Шкадова М. Г. Аллерген-специфическая иммунотерапия / Крымский терапевтический журнал. 2020, №3. С. 11-16.
<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=471902352>
2. Скороходкина О.В., Архипова С.А., Лунцов А.В. и др. Оценка эффективности аллерген-специфической иммунотерапии у детей и взрослых с аллергическим ринитом // Вестник оториноларингологии. 2020;85(6). С. 60–65. <https://doi.org/10.17116/otorino20208506160>
3. Sully K., Bonner N., Bradley H. et al. Development and equivalence of new faces for inclusion in the Childhood Asthma Control Test (C-ACT) response scale / Patient Rep Outcomes. 2021;5(1). P. 118.
<https://doi.org/10.1186/s41687-021-00390-2>

Разуваева Ю.Ю., Леднева В.С.

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ: ОТ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ В ВУЗЕ ДО ПРИМЕНЕНИЯ НА ПРАКТИКЕ

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

Решения для ранней диагностики заболеваний, помощь искусственного интеллекта и возможность удаленных консультаций с врачом уже меняют традиционное здравоохранение. Медицинские информационные системы (МИС) работают практически во всех лечебных уч-

реждениях России. Нарастающий мировой тренд цифровизации здравоохранения, государственные приоритеты развития Российской Федерации диктуют необходимость повышения информационной грамотности медицинских работников.

В Указе Президента России №254 от 06.06.2019 г. «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» говорится о том, что государство займет ключевую роль в преодолении проблем современной медицины, а также укрепит связь между государственной структурой и медицинскими учреждениями путем цифровизации последних. Федеральный проект «Цифровая образовательная среда», входящий в структуру национального проекта «Образование», направлен на создание современной и безопасной цифровой образовательной среды, а также обеспечения высокого качества всех уровней цифрового образования [1].

На современном этапе модернизации российского образования наиболее приоритетным направлением государственной политики в сфере образования является повышение качества профессионального образования. Современный выпускник медицинского ВУЗа должен не только знать, уметь, владеть методами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, но и быть информационно грамотным, знать и уметь работать с интернет-ресурсами, быть уверенным пользователем МИС. Это позволит выпускнику эффективно работать, использовать медицинское оборудование, повышать свою квалификацию и быть востребованным на рынке труда.

На данный момент представлен достаточно широкий спектр компьютерных программ и мобильных приложений, которые можно использовать не только для обучения студентов медицинского ВУЗа, но и в практике врача-педиатра. Например, компьютерные программы WHO Anthro и WHO AnthroPlus, приложения для телефона Anthro Calc могут быть использованы для оценки физического развития детей по стандартам ВОЗ.

Мобильное приложение «Справочник врача» оптимизирует работу медицинских специалистов и помогает им принимать клинические решения, в нём можно найти калькуляторы, специализированные справочники, регламенты по работе с пациентами, электронную медицинскую библиотеку и медицинские новости, что можно использовать при обучении студентов медицинского ВУЗа. Сайт 3D-модель человеческого тела может использоваться для визуализации всех органов и тканей организма человека на практических занятиях.

Для оценки степени тяжести атопического дерматита возможно использование сайта SCORAD–SCO Ring Atopic Dermatitis Calculator. Для контроля симптомов сахарного диабета у пациента возможно использование мобильных приложений: Диабет и Diabetes: М. Приложение Диабет позволяет вести дневник питания и контроля сахара в крови, рассчитывать необходимую дозу инсулина, оповещать о критическом снижении уровня глюкозы и возможном приступе гипогликемии, производить учет изменений веса тела и физической активности. С помощью приложения Diabetes:М можно вести дневник диабетика, импортировать данные из различных глюкометров и инсулиновых помп, определять тенденции изменения уровня сахара в крови, составлять отчеты и графики по всем аспектам лечения диабета, анализировать статистику и отправлять ее лечащему врачу или куратору школы жизни с диабетом с помощью электронной почты.

Векторы стратегических направлений высшего медицинского образования в условиях цифровизации здравоохранения направлены на разработку и внедрение инновационных образовательных технологий с использованием информационных, интернет-технологий, компьютерных программ и мобильных приложений, предназначенных для практического здравоохранения.

По мере освоения профессии личность все активнее погружается в профессиональную среду. Концептуальным положением личностно-ориентированного профессионального образования служит личностное и профессиональное развитие обучающегося, а развитие личности является важнейшей целью профессионального образования. Формирование и становление специалиста предполагает развитие профессионального интеллекта, самостоятельности, уверенности в себе, профессионально-важных качеств и компетентности [2, 3].

Готовность к медицинской деятельности достигается в ходе профессиональной подготовки и является результатом всестороннего развития личности. Подготовка профессиональных специалистов, владеющих надлежащими знаниями и цифровыми технологиями, требует соответствующих образовательных информационных инструментов для обеспечения учебного и научного процессов. Современный процесс цифровизации в высшем образовании, обучении и воспитании предоставляет обучающим большие профессиональные возможности.

Литература

1. Зеер Э.Ф. Психология профессионального развития. Москва: ИЦ «Академия», 2006. 240 с. 2.
2. Романцов М.Г., Мельникова И.Ю., Даниленкова Г.Г. Профессиональное становление личности / Новые педагогические парадигмы: вопросы дидактики и компетентность. Москва: «ИД РАЕ», 2012. С. 42-45.
3. Столяренко Л.Д., Самыгин С.И. Психология личности. Ростов/Дон: Издательство Феникс, 2014. С. 352-542.

Разуваева Ю.Ю., Леднева В.С., Разуваев О.А.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ АЛЛЕРГИИ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА У ДЕТЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

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

Пищевая аллергия – это патологическая реакция на компоненты пищи, в основе которой лежат иммунные механизмы, которые включают в себя выработку специфических иммуноглобулинов IgE – IgE-опосредованные иммунные реакции, клеточный ответ – не-IgE-опосредованные иммунные реакции, а также сочетание этих двух ответов [1]. Особый интерес представляют не-IgE-опосредованные реакции, так как они сложны для клинической диагностики. БКМ на данный момент является важнейшим триггером в пищевой аллергической реакции и затрагивает 2-3% детей грудного возраста [2]. На данный момент гастроинтестинальные проявления АБКМ стали выявляться чаще и могут быть только единственным проявлениями аллергии [3].

Цель: дать характеристику факторам риска, клиническим проявлениям АБКМ в г. Воронеж.

Материал и методы исследования: Исследование было проведено на базе МЦ «Здоровый ребенок» г. Воронеж в период с мая 2021 г. по февраль 2022 г. Критериями включения в исследование являлись: возраст ребенка до 8 месяцев, искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями (АМС) на момент исследования, клинические проявления АБКМ. Для анализа полученных дан-

ных использовались методы непараметрической статистики.

Результаты исследования: В исследовании приняло участие 42 ребенка в возрасте до 8 месяцев с клиническими проявлениями АБКМ. Мальчики составили 66,7%, а девочки - 33,3%. При оценке факторов риска АБКМ выявлено, что отягощенный аллергоанамнез имели 61,9% детей. Докармливали АМС в родильном доме 28,6% детей. Ранний переход на искусственное вскармливание: 14,2% пациентов сразу после роддома были переведены на АМС, 19% - в возрасте до 2 месяцев жизни, 28,6% – в промежуток с 2 до 4 месяцев, 35,7% - с 4 до 6 месяцев и 2,5% - с 6 до 8 месяцев. Были рождены путем кесарева сечения 35,7% детей. Почти 2/3 обследуемых нами пациентов (61,9%) имели нетяжелые проявления аллергии к белкам коровьего молока, а остальные пациенты – аллергию средней степени тяжести, у всех пациентов дебют состояния наступил после перевода ребенка на АМС.

Только кожными проявлениями страдали 4,8% детей, только гастроинтестинальными проявлениями – 38%, а больше половины пациентов (57,2%) - кожными проявлениями в сочетании с гастроинтестинальной симптоматикой. Среди гастроинтестинальных проявлений чаще всего встречаются сочетанная симптоматика: колики и срыгивания - у 30,9%, запоры и колики - у 19%, колики и колит – у 9,5% пациентов. При оценке данных лабораторных исследований в общем анализе крови эозинофилия (>5%) наблюдалась только в 9,5% случаев.

Специфический IgE к белку коровьего молока методом иммунофлюоресценции на твердой фазе выявлялся только у 16,7% детей, при чём у 9,5% пациентов его уровень относился к 1 классу - низкий (0,351 - 0,69 кЕдА/л), у 4,2% - относился ко 2 классу - средний (0,70 - 3,49 кЕдА/л), и только у одного больного был высокий уровень (3 класс) - 3,5 - 17,49 кЕдА/л. При определении специфических антител класса IgG к белку коровьего молока методом иммунохемилюминесцентного анализа данный показатель оказался положительным в 95,2% случаев, при чем уровень реактивности у 73,8% оценивался как высокий (20-50 мг/л), а у 21,4% как очень высокий (>50 мг/л). IgG может быть причиной аллергической реакции немедленного или замедленного типа, пищевой непереносимости.

На данный момент значение выявления IgG-антител к пищевым аллергенам остается неоднозначным, так как положительный результат может быть вариантом нормы, поэтому важно в комплексе оценивать результаты всех исследований и анамнез заболевания [4]. Выводы. Наиболее значимым фактором риска развития АБКМ является

отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям и ранний переход на кормление ребенка АМС.

Наиболее частыми клиническими проявлениями АБКМ являются сочетанные кожные и гастроинтестинальные симптомы. Определение уровня IgE к белку коровьего молока не должна использоваться в диагностике АБКМ повсеместно на первом году жизни ребенка, так как чаще встречаются именно не-IgE-опосредованные аллергические механизмы. Уровень специфического IgG к белкам коровьего молока достоверно повышается у детей с АБКМ, но показатель требует дальнейшего изучения на детях без клинически проявлений АБКМ.

Литература

1. Хаитова, Р.М. Аллергология и клиническая иммунология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 336 с.
2. Белицкая М.Ю. Частота антенатальных и постнатальных факторов риска развития атопического дерматита у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013. №6. С. 97-101
3. Разуваева Ю.Ю., Черток Е.Д., Леднева В.С. Анализ диетотерапии у детей с риском развития аллергии // Неделя молодёжной науки, 2021.
4. Warner JO, for the ETAC Study Group. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cetirizine in preventing the onset of asthma in children with atopic dermatitis: 18 months' treatment and 18 months' posttreatment follow-up. J AllergyClinImmunol2001;108:929-37.

Сиротченко Т.А., Миргородская А.В., Луганский Д.Е.,
Бондаренко А.М.

ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки, г. Луганск,
Луганская народная республика, Россия

Ротовая жидкость (РЖ) участвует в пищеварительных, минерализующих, стерилизующих, защитных, бактерицидных, иммунных, гормональных и других процессах организма; что отражается на ее биохимическом составе, представленном белками, липидами, стеро-

идными гормонами, специфическими углеводами, небелковыми азотсодержащими веществами, витаминами, катионами и анионами. Сбор и анализ РЖ является один из самых нетравматичных методов исследований в медицине, в связи с этим имеет преимущества по сравнению с методами гемодиагностики.

Ротовая жидкость обладает высокой чувствительностью и изменчивостью под воздействием внешних факторов, соматической патологии, стресса (Павлова М.М. с соавт., 2019). Некоторые патологические состояния способны привести к изменению активности антиоксидантных ферментов РЖ, концентрации продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), росту маркеров окислительного стресса.

Целью нашей работы была оценка состояния неспецифической резистентности ротовой полости подростков с избыточной массой тела и ожирением.

Методы исследования: Для оценки состояния неспецифической резистентности ротовой полости подростков обеих групп (ОГ- 56 пациентов с избыточной массой тела и ожирением, КГ- 54 здоровых подростка) проводили биохимический анализ ротовой жидкости, исследуя систему ПОЛ-АОС: активность супероксиддисмутазы (СОД), каталазы, содержание малонового диальдегида (МДА). РЖ собирали утром натощак в центрифужные пробирки в течение 5 минут, хранили при -20°C . Перед исследованием РЖ размораживали при комнатной температуре и центрифугировали.

Результаты исследования: Было доказано, что в ротовой жидкости подростков с избыточной массой тела и ожирением была достоверно снижена активность основных ферментов физиологической антиоксидантной защиты полости рта - СОД на 43,7% и каталазы на 40,0% ($p < 0,05$ и $p < 0,05$, соответственно). Мы определили, что недостаточная активность антиоксидантной системы ротовой полости подростков основной группы с низким уровнем неспецифической резистентности сопровождалась высокой интенсивностью ПОЛ, о чём свидетельствует прирост содержания МДА в 1,6 раза в ротовой жидкости по сравнению с показателями контрольной группы.

В результате этих изменений индекс АРІ, который характеризует состояние ПОЛ-АОС в ротовой жидкости подростков основной группы с низким уровнем неспецифической резистентности снижается с 1,30 до 0,48, что подтверждает смещение равновесия системы в сторону интенсификации ПОЛ. Таким образом, у подростков с избыточной массой тела и ожирением установлены нарушения в системе

ПОЛ-АОС (снижение активности каталазы и СОД, рост уровня МДА), что говорит о снижении уровня неспецифической резистентности ротовой полости, а также может быть результатом психоэмоционального стресса, который безусловно присутствует в жизни подростков, страдающих избыточной массой и ожирением.

Литература

1. Павлова М.М., Таренкова И.В., Петрова А.А. Исследование динамики биохимических показателей слюны студентов на фоне нервного напряжения // Научное обозрение. Биологические науки. 2019. №2. С. 57-62.

Стрельникова В.А., Карпенко М.А.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОЕ С ГРАНУЛЕМАТОЗОМ С ПОЛИАНГИИТОМ (СИНДРОМ ВЕГЕНЕРА): КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Российский университет дружбы народов,
Москва, Россия

Гранулематоз с полиангиитом - аутоиммунный некротизирующий гранулематозный васкулит- представляет собой заболевание, относящееся к группе системных васкулитов, связанный с выработкой антинейтрофильных цитоплазматических антител, что приводит к некрозу сосудистой стенки. Чаще болеют мужчины в возрасте от 30 до 70 лет. В педиатрической практике заболевание бывает редко. «Классический» гранулематоз с полиангиитом проявляется некротизирующим гранулематозным воспалением верхних и нижних дыхательных путей, системным некротизирующим васкулитом и некротизирующим гломерулонефритом.

Цель исследования. Описать клиническое наблюдение пациента с повреждением легких, ассоциированным с гранулематозом с полиангиитом у ребенка 12 лет.

Материал и методы исследования: история болезни стационарного больного, госпитализированного в ревматологическое отделение Морозовской детской городской клинической больницы (МДГКБ) г. Москвы.

Результаты исследования: Пациент М., поступил в ревматологическое отделение МДГКБ, с жалобами на кашель с мокротой с прожилками крови, длительный двусторонний отит. Из анамнеза известно, что ребенок находился на стационарном лечении в МДГКБ в оториноларингологическом отделении с диагнозом: «Левосторонний острый средний гнойный отит рецидивирующее течение. Мастоидит латентное течение». По данным компьютерной томографии (КТ) головного мозга картина левостороннего среднего отита, мастоидита, полисинусита.

В связи с длительным гноетечением и отсутствием положительной динамики, на основании данных КТ было запланировано проведение антромастотомии с шунтированием и дренированием барабанной полости слева. От предложенного хирургического лечения мать отказалась.

На момент поступления: кожные покровы бледные, геморрагические высыпания в виде петехий и экхимозов в области кистей, голеней, болезненные при пальпации. Температура тела 36,6 С, частота дыхательных движений (ЧДД) 24 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст, периферическая сатурация (насыщение) крови кислородом 99%, при аускультации легких выслушивалось жесткое дыхание.

Пациенту был проведен ряд обследований: оценка общего анализа крови и мочи, биохимического анализа крови, коагулограммы в динамике, КТ костей черепа, эхокардиография (ЭхоКГ), КТ органов грудной полости (КТ ОГП), ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, УЗИ брюшной полости, определение титра антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА). Ребенок был консультирован отоларингологом, гематологом, кардиологом.

По результатам исследований были выявлены лабораторные отклонения, повышение уровня СРБ 240,9 мг/л (норма 0-5 мг/л), прокальцитонина 0,79 нг/мл (норма 0,0-0,5 мг/л), D-димера 6,97 мг/л (норма 0,00-0,29 мг/л), тропонина I 1125 пг/мл (норма 0-10 пг/мл), лейкоцитурия, гематурия, протеинурия, тромбоцитоз, гранулоцитоз, анемия, повышение уровня антител к протеиназе 3 (PR3) IgG. По результатам КТ ОГП картина двустороннего гранулематозного поражения легких. КТ головного мозга: воспалительные изменения придаточных пазух носа и структур височных костей с двух сторон.

Клинический диагноз: на основании клинико-anamnestических данных - полисинусит, рецидивирующие отиты, гранулематозное поражение легких, поражение почек, тромбоваскулит и полученных результатов обследования (высокий уровень антител к протеиназе 3

(PR3) IgG), мальчику был установлен клинический диагноз, ANCA-ассоциированный васкулит (гранулематоз с полиангиитом), локализованная форма.

Проведено лечение: с патогенетической целью были назначены ГКС из расчета 1 г/кг/сутки, цитостатическая терапия Ритуксимабом из расчета 375 мг/м² и циклофосфамидом.

Выводы. По данным литературы известно, что АНЦА принадлежит основная патогенетическая роль при развитии болезни Вегенера. Легкие при системной форме гранулематоза с полиангиитом поражаются в 90% случаев. Из данного клинического наблюдения видно, что существуют трудности в верификации системных васкулитов. КТ-семиотика поражения легких не имеет специфического характера.

Литература

1. Аверьянов А.В. Трудные для диагностики редкие диффузные заболевания легких: монография / А.В. Аверьянов, Е.А. Коган, В.Н. Лесняк, И.Э. Степанян, О.В. Данилевская, О.В. Пикин; перевод с англ. под ред. А.В. Аверьянова. — М.: Практическая медицина, 2022. 241-2582.
2. Talmadge E King, Jr, MD. Granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis: Respiratory tract involvement. 2020.UpToDate

Синюгина А.И., Григорьева К.М.

КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ЭНТЕРОПАТИЕЙ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. г. Санкт Петербург, Россия

Согласно существующим стандартам в оценку нутритивного статуса (НС) входит такой неинвазивный метод оценки компонентного состава тела (КСТ), как биоимпедансометрия (БИ), позволяющая оценить соматический пул белка, долю метаболически активных клеток, функциональную активность мускулатуры и запас физической активности пациента.

Цель исследования: Провести анализ данных компонентного состава тела с оценкой активной клеточной массы (АКМ), безжировой массы (БЖМ), жировой массы (ЖМ), общей воды (ОВ) и общего

белка (ОБ) у детей от 3 до 14 лет с аллергической энтеропатией (АЭ).

Материалы и методы: Биоимпедансометрия выполнена на ДИАМАНТ-АИСТ, статистическая обработка осуществлена в программном обеспечении IBM SPSS Statistics 26. Количественные данные указаны в виде средневывборочного значения, стандартного отклонения и 95% доверительного интервала (ДИ), а качественные - абсолютных значений и процентных долей. Гипотеза о нормальности распределения проверена критерием Шапиро-Уилка.

Результаты: Проведена БИ 39 детей с АЭ от 3 до 14 лет (средний возраст $6,71 \pm 2,18$ и 95% ДИ 4,53-8,89). В ходе анализа были получены такие средние значения: %АКМ $55,23 \pm 3,68$ (95% ДИ 51,55-58,91), %ЖМ $15,74 \pm 5,62$ (95% ДИ 10,12-21,36), %БЖМ $84,17 \pm 5,67$ (95% ДИ 78,5-89,84), %ОВ $61,61 \pm 4,16$ (95% ДИ 57,45-65,77). %АКМ у 5% (2 детей) был низким, у 64% (25 детей) в норме, у 31% (12 детей) выше нормы. %ЖМ у 36% (14) снижен, у 49% (19) в норме, у 15% (6) выше. %БЖМ у 10% (4) в норме и у 90% (35) снижен. %ОВ у 5% (2) снижен, у 33% (13) в норме, а у 62% (24) повышен.

Обнаружены очень сильные отрицательные связи между: %БЖМ и ЖМ, %АКМ и ЖМ (коэффициент корреляции Пирсона $r = -0,997$; $p < 0,001$), %ОВ и ЖМ ($r = -0,998$; $p < 0,001$), и умеренная связь между ОБ и %ЖМ ($r = -0,385$; $p < 0,036$). Очень сильные положительные связи между: %АКМ и БЖМ ($r = 0,996$; $p < 0,001$), %ОВ и АКМ, %ОВ и БЖМ ($r = 0,997$; $p < 0,001$) и умеренные связи между ОБ и %ОВ ($r = 0,382$; $p < 0,037$), и %АКМ ($r = 0,398$; $p < 0,03$), и %БЖМ ($r = 0,390$; $p < 0,033$). Тесноту связи оценили по шкале Чеддока.

Выводы: В ходе анализа данных компонентного состава тела большинство детей имеет нормальную АКМ и ЖМ и ОБ, но при дефиците одного из них наблюдается и дефицит другого (отрицательная корреляционная связь). У 90% детей недостаток БЖМ, что отражает дефицит соматического и висцерального пула белка, предрасположенность к развитию белково-энергетической недостаточности. У 62% повышен уровень ОВ, коррелирующий со сниженным уровнем ОБ, что может указывать на скрытый квашиоркор.

Литература

1. Sinyugina A.I., Grigorieva K.M., Novikova V.P., Zavyalova A.N. Dependence of physical development and individual indicators of nutritional status in children with allergic enteropathy. Clinical nutrition espen 2021, Elsevier Science Publishing Company, Inc., eISSN: 2405-

4577, V.46, P. S613-S614. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.09.2042>

2. Пешехонова Ю.В., Синюгина А.И., Григорьева К.М., Яковлева М.Н., Ревна М.О. Суточный мониторинг питания и нутритивный статус детей раннего возраста, госпитализированных в многопрофильный педиатрический стационар // Журнал Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. Профилактическая и клиническая медицина. 2021 <https://doi.org/10.47843/2074-9120.2021.1.743>
3. Синюгина А.И., Григорьева К.М. Физическое развитие и нутритивный статус детей с гастроинтестинальными проявлениями пищевой аллергии. // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей. Материалы XXVIII Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ, 2021. Издательство: ИД "Медпрактика-М", с.70-72.

Сологуб А.Е.

ТУЛЯРЕМИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

Туляремия – широко распространенная, острая, природно-очаговая инфекция. В настоящее время наибольшая заболеваемость туляремией отмечается в Швеции, Финляндии и Норвегии. На территории РФ встречается почти повсеместно, в 2019 и 2020 гг зарегистрировано по 41 случаю заболевания, 85% из которых приходится на три федеральных округа: Северо-Западный, Центральный и Сибирский. Большинство исследований заболеваемости туляремией посвящены взрослому населению, дети составляют до 15% от всех заболевших. Диагностика туляремии у пациентов детского возраста затруднена в связи с неспецифическими симптомами заболевания, протекающего под «маской» острой респираторной инфекции, лимфаденита, лихорадки неясного генеза, приводя к позднему началу этиотропного лечения.

Цель работы. Демонстрация случая туляремии у ребенка.

Материалы и методы. Анализ медицинской документации пациента.

Результаты и их обсуждение. Пациентка А., 7 лет, поступила в стационар с жалобами на увеличение шейного лимфоузла справа, болью в области шеи, повышение температуры тела до фебрильных цифр. Из анамнеза, известно, что в июне 2022 года девочка вместе с родителями отдыхала в Краснодарском крае, где поднялась температура до 40°C, в связи с чем родителями самостоятельно была начата антибиотикотерапия амоксициллин/клавулановая кислота.

На 8 день от начала заболевания, при сохранении фебрильной температуры обратились за помощью к участковому педиатру с жалобами боли в области шеи, увеличение шейных лимфоузлов справа, в связи с чем ребенок был госпитализирован в инфекционное отделение районной больницы с диагнозом «нижнечелюстной лимфаденит», где продолжена антибактериальная терапия цефтриаксоном, а затем амикацином. При ультразвуковом исследовании пораженных лимфатических узлов признаков абсцедирования не выявлено.

На 15 день от начала заболевания, в связи с сохранением признаков лимфаденита, ребенку проведен диаскин-тест (отрицательный), а также компьютерная томография органов грудной клетки, инфильтративных изменениях в легких, увеличения внутригрудных лимфатических узлов не выявлено. На 18 день от начала заболевания пациентка была проконсультирована детским онкологом, с последующим взятием биопсийного материала из пораженных лимфатических узлов, онкологическая патология исключена.

На 21 день от начала заболевания проведено серологическое исследование на туляремию в динамике: реакция агглютинации с туляреминым диагностикомом 1/50 (++++); 1/100 (++++); 1/200 (++++); 1/400 (++++); 1/800 (+++); 1/1600 (+++); 1/3200 (+++); 1/6400 (++) . По результатам исследования был поставлен диагноз «Туляремия, бубонная (ульцеро-глангулярная) форма, средней степени тяжести». После курса антибиотикотерапии пациентка в удовлетворительном состоянии была выписана под наблюдение участкового врача педиатра.

На 27 день девочка с жалобами на гиперемию кожи шейных лимфоузлов справа, без подъема температуры тела была вновь госпитализирована, в хирургическое отделение стационара, где произведено вскрытие двух лимфоузлов с правой стороны с получением гнойно-некротического содержимого.

Выводы. У детей с длительной лихорадкой, поражением лимфатических узлов при проведении диагностического поиска следует помнить о туляремии, несмотря на редкие (спорадические) случаи заболе-

вания, особенно среди детей. Поздняя диагностика инфекции привела к необоснованному инвазивному вмешательству (биопсия) и позднему назначению этиотропного антибиотика. Диагностический алгоритм при лимфаденитах у детей требует исключения в первую очередь инфекции, как самой частой причины, в том числе и туляремии.

Литература

1. Демидова Т.Н., Попов В.П., Орлов Д.С., Михайлова Т.В., Мещерякова И.С. Современная эпидемиологическая ситуация по туляремии в Северо-Западном федеральном округе России. Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2016; 5(90):14-23.
2. Кудрявцева Т.Ю., Мокриевич А.Н. Туляремия в мире // Инфекция и иммунитет. 2021. №2. С. 249–264.
3. Кудрявцева Т.Ю., Попов В.П., Мокриевич А.Н., Куликалова Е.С., Холин А.В., Мазепа А.В., Транквилевский Д.В., Храмов М.В., Дятлов И.А. Эпизоотолого-эпидемиологическая ситуация по туляремии на территории России в 2020 г., прогноз на 2021 г. Проблемы особо опасных инфекций. 2021.

Сологуб М.А.

ТЕРНИСТЫЙ ПУТЬ К ПРАВИЛЬНОМУ ДИАГНОЗУ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

Кистозно-аденоматозная мальформация легких самый распространенный порок дыхательной системы, встречается в 60% случаев от общего числа бронхолегочных аномалий. Частота встречаемости кистозной мальформации бронхов варьирует от 1:25000 до 1:30000 у живорожденных детей. В пренатальной диагностике золотым стандартом является проведение ультразвуковой диагностики плода на 17-20 неделе гестации, подтвердить диагноз можно только после рождения пациента, проведя ему компьютерную томограмму.

Материалы и методы: анализ первичной медицинской документации пациентки С. 8 лет.

Результаты работы: Пациентка С., 22.03.2014 г. Ребенок от 2-й беременности (1-я беременность – мальчик, здоров), протекала с угрозой прерывания со 2 триместра. Ребенок от 2-х срочных, преждевременных родов на 36 сроке гестации. Масса тела при рождении - 3255 г, длина тела - 49 см. По шкале Апгар 7/8 баллов. Девочка росла и развивалась по возрасту. Грудное вскармливание до 7 месяцев жизни. Привита по календарю профилактических прививок. Генеалогический анамнез не отягощен.

Пациентка заболела в феврале 2017 г., когда впервые был отмечен сухой кашель и подъем температуры до 37,5°C, поставлен диагноз верхнедолевая пневмония слева. Лечилась амбулаторно, получала антибактериальную терапию. В феврале 2018 г. - госпитализирована в РОДКБ им. Н.В.Дмитриевой, с жалобами: подъем температуры до 39°C, сухой кашель. По результатам рентгенограммы грудной клетки выставлен диагноз: верхнедолевая пневмония слева. На фоне антибактериальной терапии отмечалась положительная динамика.

В ноябре 2019 г. вновь повышение температуры тела выше 37,5°C, сухой кашель, хрипы. Проведена РКТ с контрастированием, картина неправильной формы участка консолидации легочной ткани в верхней доле легкого, с неоднородной структурой. Было принято решение направить пациентку в РДКБ г.Москва с целью дообследования.

В декабре 2019 г. повторно находилась на стационарном лечении. На рентгенограмме легких в боковой проекции слева было выявлено вздутие в нижних отделах, ближе к верхним отделам левого корня определяется участок затемнения неправильной треугольной формы, с деформацией и обогащением легочного рисунка, стенки мелких бронхов сближены, утолщены, чередуются с участками дольковых вздутий.

В январе 2020 г. пациентке была проведена переднебоковая торакотомия – удаление верхней доли левого легкого. При патоморфологическом обследовании, выявлены признаки локальной кистозной мальформации бронхов с неспецифическим гранулематозным воспалением. Выставлен окончательный диагноз: локальная кистозная мальформация бронхов верхней доли левого легкого. Ребенок находится под динамическим наблюдением врача-педиатра участкового и пульмонолога по месту жительства.

Выводы: Пример данного клинического случая, демонстрирует, что мальформация бронхов может манифестировать после периода новорожденности. Это связано с физиологическим процессом «доз-

ревания» легочной ткани. При подозрении на нетипичное течение пневмонии, следует провести компьютерную томограмму легких, которая позволяет установить точную локализацию патологического процесса и назначить специфическую терапию для пациента. Кистозная мальформация бронхов имеет наиболее благоприятный прогноз из всей группы врожденных пороков легких. При условии ранней диагностики и быстрого оперативного вмешательства, прогноз у таких пациентов считается благоприятным.

Литература

1. Машков А.Е., Щербина В.И., Сташук Г.А., Слесарев В.В., Гаганов Л.Е., Друзюк Е.З., Винокурова Е.Н. Диагностика и лечение кистозно-аденоматозной мальформации легких у детей. Детская хирургия. 2017; 21(1): 23-27. <https://doi.org/10.18821/1560-9510-2017-21-1-23-272>
2. Fakler F, Aykutlu U, Brcic L, Eidenhammer S, Thueringer A, Kashofer K, Kulka J, Timens W, Popper H. Atypical goblet cell hyperplasia occurs in CPAM 1, 2, and 3, and is a probable precursor lesion for childhood adenocarcinoma. Virchows Arch. 2020 Jun;476(6):843-854 <https://doi.org/10.1007/s00428-019-02732-4>

Сологуб А.Е.

УСПЕШНАЯ ТГСК У РЕБЕНКА С АНЕМИЕЙ ДАЙМОНДА-БЛЕКФАНА

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

Анемия Даймонда-Блекфана (АДБ) (парциальная красноклеточная аплазия) редкая форма врожденной аплазии эритроидного ростка кроветворения, развивающаяся в результате апоптоза эритроидных предшественников в костном мозге вследствие дефекта биосинтеза рибосом. В 25% случаев основой является мутация в гене RPS19. АДБ характеризуется прогрессирующей нормохромной, чаще макроцитарной, анемией, рефрактерной к терапии железом в сочетании с врожденными пороками развития. В Рязанской области на 2022 год насчитывается 4 пациента с АДБ, из которых трое детей. Лечение анемии включает регулярные гемотрансфузии, хелаторную терапию,

а также проведение трансплантации стволовых клеток.

Цель работы: демонстрация клинического случая трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) пациенту с тяжелым, гемотрансфузионнозависимым течением АДБ.

Результаты исследования: Пациент А., 13 лет, с рождения наблюдается с диагнозом АДБ. Из анамнеза: Ребенок от 1 беременности, роды на 35-36 неделе, вес 2400 грамм, рост 49 см. С рождения отмечалось постепенное снижение уровня гемоглобина до 60-80 г/л, в связи с чем с 1,5 месяцев ребенок начал получать трансфузии эритроцитарной массы. В возрасте 2-х месяцев диагностирована анемия АДБ, в связи с чем, была назначена глюкокортикоидная терапия преднизолоном и лейцином без выраженного эффекта, продолжены гемотрансфузии эритроцитарной массы каждые 1,5 – 2 месяца, хелаторная терапия. В динамике отмечалось постепенное уменьшение интервалов между трансфузиями до 2-3 недель, появление реакции на трансфузию без предварительной премедикации глюкокортикостероидами в виде гиперемии и зуда кожи.

В возрасте 7 лет пациенту проведено генетическое исследование: обнаружена гетерозиготная мутация во 2 экзоне гена RPS19: замена нуклеотида с 31 С>Т, приводящая к замене аминокислоты в положении 11 на преждевременный stop-кодон (Gln>Stop) и остановка синтеза белка. Семейный анамнез по данному заболеванию не отягощен, у родителей пациента данная мутация не обнаружена.

В 2020 году в связи с отсутствием положительной динамики в лечении и ухудшении состояния пациента, обследован НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева с целью подбора донора и проведения аллогенной трансплантации стволовых клеток (ТГСК). 04.03.2020 в НМИЦ ДГОИ имени Д. Рогачева была проведена аллогенная ТГСК с проведением TCRab/CD1 от гаплоидентичного донора (отца). Отмечалась ранняя реакция трансплантат против хозяина (РТПХ) с поражением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): фебрильная нейтропения, энтероколит смешанной этиологии (нейтропенический, аденовирусный), тифлит; аденовирусная виремия, позднее развилась пневмония. Ребенок получал иммуносупрессивную терапию циклоспорином, антибактериальную, противогрибковую, противовирусную терапию. В августе 2020 года, через 180 суток после трансплантации состояние ребенка было стабильным, проходил реабилитацию в санатории.

В декабре 2020 года перенес коронавирусную инфекцию (COVID-19), подтвержденную выявлением IgM и IgG; ухудшение с

января 2021 года, когда появилась рвота без лихорадки, через 2 дня присоединились боли и вздутие живота, жидкий стул, стойкая гипопропротеинемия до 30,4 г/л, гипоальбуминемия до 17,4 г/л. Вирусные и бактериальные кишечные инфекции исключены. Симптоматическая терапия без отчетливой положительной динамики; проведена консультация со специалистами МК НМИЦ ДГОИ имени Д. Рогачева, данное состояние расценено как поздняя РТПХ с поражением ЖКТ, рекомендован прием буденофалька, на фоне чего отмечена клиническая и лабораторная положительная динамика.

Через 360 суток после ТГСК признаков РТПХ нет, с августа 2021 года начата редукция дозы циклоспорина. В октябре 2021 года, через 1г 8мес после ТГСК, иммуносупрессивная терапия отменена, достоверных признаков РТПХ нет, трансплантант функционирует удовлетворительно. В настоящее время ребенок стабилен, гемотрансфузионно не зависим, уровень гемоглобина в пределах возрастной нормы.

Выводы: Данный случай демонстрирует впервые примененную трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток у пациента с АДБ в Рязанской области с положительным исходом.

Литература

1. Масчан А.А., Сметанина Н.С., Масчан М.А., Лукина Е.А. Анемия Даймонда-Блекфана. Клинические рекомендации // Детская гематология / Под ред. А. Г. Румянцева, А. А. Масчана, Е. В. Жуковской. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 72–81.
2. Д.В.Федорова, Н.С.Сметанина. Современные представления о патогенезе анемии Даймонда-Блекфана. // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2013, № 12 (3). С. 6-14.
3. Vlachos A., Blanc L., Lipton J. M. Diamond Blackfan anemia: a model for the translational approach to understanding human disease // Expert Rev. Hematol. 2014. Vol. 7. N 3. P. 359–337.

Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Есян М.О., Пелипенко Н.В., Старченко В.М., Надгериев В.М., Колесников Е.Г., Терещенко О.А.

ЭНДОРЕКТАЛЬНЫЕ СТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНЫХ СФИНКТЕРОВ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ АГЕНЕЗИЯМИ

Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар, Россия

Реабилитация детей с аноректальными агенезиями остаётся значимой проблемой детской хирургии. Её важным элементом является купирование недостаточности анальных сфинктеров, которая отмечается у 98-99% больных.

Цель работы: оптимизация методов коррекцию недостаточности анальных сфинктеров у детей с аноректальными аномалиями.

Пациенты и методы: Располагаем опытом проведения реабилитации у 139 детей с аноректальными мальформациями. Из них были сформированы 2 группы идентичные по гендерным показателям и анатомическим формам. Основная группа - 74 ребёнка – коррекцию недостаточности анальных сфинктеров начинали проводить после промежуточного этапа оперативного лечения.

Контрольная группа – 65 пациентов – восстановление функции анальных сфинктеров начинали проводить по полному завершению оперативного лечения, по традиционным методикам. В основной группе в реабилитационный комплекс добавлялись би- и монополярные эндоректальные стимуляции. Биполярные электростимуляции использовались при коррекции недостаточности анальных сфинктеров 3-й степени, а при 1-й и 2-й применялись монополярные электростимуляции.

У пациентов до 18 месяцев использовался аппарат «Ультратон», в старшем возрасте – «Эндотон-01Б». Длительность одного сеанса - 10 минут у больных до 18 месяцев и 15 минут – у детей старшего возраста. Стимуляции проводились импульсным током с прямоугольной формой волны. Сила тока 10-15 мА – в младшей возрастной группе и 15-20 мА у пациентов старше 1,5 лет. Сила тока и частота подбирались в зависимости от порога болевой чувствительности. Последняя колебалась от 12,5 до 25 Гц у детей до 18 месяцев и от 25 до 50 Гц у больных старшего возраста. Частота повторных курсов электростимуляций зависела от степени недостаточности анальных сфинктеров.

При 3-й степени интервал между курсами 1 месяц, при 2-й – 2 месяца, при 1-й - 3 месяца. Продолжительность одного курса коррекции недостаточности анальных сфинктеров в основной группе - 10-12 суток, а в контрольной - 14-16 койко-дней. Общая продолжительность коррекции недостаточности анальных сфинктеров в основной группе 11,29+1,07 месяца, а в контрольной 23,48+1,95 месяца. Предложенная методика позволяет сократить сроки купирования функциональной недостаточности более чем в 2 раза.

Литература

1. Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Старченко В.М., Надгериев В.М., Луняка А.Н., Колесников Е.Г., Терещенко О.А., Вардосанидзе В.Ш. Послеоперационная реабилитация детей, перенесших операции на толстой кишке и аноректальной зоне. Кубанский научный медицинский вестник. 2018;25(4):85-89.
2. Выдрыч Ю.Ю., Демикова Н.С. Эпидемиологические характеристики пороков аноректального отдела по данным мониторинга врождённых пороков развития. Материалы 12 Всероссийской конференции «Актуальные проблемы хирургии, травматологии и ортопедии детского возраста». Москва. 2014. С. 42.
3. Мокрушина О.Г., Щапова Н.Ф., Ватолин К.В. Ранняя одномоментная радикальная коррекция аноректальных пороков. В сборнике «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии, неонатологии и неонатальной хирургии». Пермь. 2015. С. 148-151.
4. Врожденные пороки развития аноректальной области / Ю. Г. Дегтярев [и др.]; под ред. Ю. Г. Дегтярева. Мин-во здравоохран. Республики Беларусь, ГУ «Респ. науч.-практич. центр детской хирургии» — Минск: Четыре четверти, 2017. 180 с.
5. Декларация о принципах проведения научных исследований с участием человека в качестве объекта, Хельсинки, 25 июня 1964 г. // Международные акты о правах человека: сб. док. / сост.: В. А. Карташкин, Е. А. Лукашева. 2-е изд., перераб. и доп. М., 2002. С. 253-267.
6. Реабилитация детей с аноректальными пороками развития / А. Н. Никифоров [и др.] // Мед. журн. 2005. №4. С. 82-85.
7. Рубцовые стенозы ануса и прямой кишки у детей / А.Л. Ионов [и др.] // Рос. вестн. дет. хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2010. №2. С. 45-49.

Таирова С.Б.

ОЦЕНКА РОСТА И РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Узбекистан

Врожденные пороки сердца (ВПС) – это аномалии строения сердца и крупных сосудов в период эмбрионального развития, в результате которых возникают нарушения гемодинамики, что может привести к сердечной недостаточности и дистрофическим изменениям в тканях организма. У детей с ВПС обычно наблюдается задержка роста и веса. Несмотря на то, что достижения в кардиохирургии улучшили показатели выживаемости детей с ВПС, они по-прежнему остаются рискованными для физического развития, когнитивных проблем и качества жизни. Эти последствия варьируются в зависимости от тяжести поражения сердца, от своевременной хирургической коррекции и проявляются спустя годы даже после операции.

Методы. Проведено обследование 103 детей (с 1 месяца до 3 лет), находившихся на стационарном лечении в отделении кардиохирургии и амбулаторном обследовании в Областном детском многопрофильном медицинском центре г. Самарканда в период за 2021 по 2022 годы, которые были разделены на III группы: - I группу составили 72 оперированных детей (основная группа) с врожденными септальными пороками сердца. - II группу составили 31 детей (группа сравнения) получившие только консервативное лечение, из-за наличия противопоказаний к операции. А также, III группу составили 32 здоровых детей для контрольного исследования. Для реализации поставленной цели проведен комплекс исследований, включающий клинично-инструментальные данные, в том числе эхокардиография, значение массы тела и роста расчетом индекса Кетле. Для определения когнитивных нарушений и оценки психомоторного развития использовали скрининг-тест психоневрологического развития детей «DENVER II»

Результаты. Рост и вес 103 детей с ВПС от 1 месяца до 3 лет и 31 здоровых детей от 1 месяца до 3 лет сравнивались со стандартными кривыми роста. Оценивались различия в развитии личных и социальных навыков, мелкой моторики и адаптивности, речи и крупной моторики. Навыки развития оценивались с помощью Ден-

верскогоскринингового теста развития II. Были измерены параметры роста, включая вес, рост, индекс массы тела (ИМТ по Кетле).

Значения ИМТ в группе с получавшими только консервативное лечение, были достоверно ниже, чем в группе прооперированных детей и контрольной группах (ИМТ $P < 0,01$). Значительная разница была обнаружена как в росте ($P < 0,05$), так и в весе ($P < 0,05$) между двумя группами. Большинство детей с врожденным пороком сердца были ниже 50-го перцентиля по росту ($P < 0,05$) и весу ($P < 0,001$). В структуре отклонений психоневрологического развития по различным линиям развития преобладало отставание в развитии активной речи, действий с предметами, навыках.

Следует отметить, что на этапе подготовки к операции дети с ВПС значимо чаще имели отклонения и относились к группам развития с отставанием. Отставание чаще всего проявлялось в задержке развития активной речи, общих движений, то есть грубых моторных навыков, тонкой моторно-адаптивной деятельности и сенсорики.

Заключение. Результаты показывают, что дети с врожденными пороками сердца без хирургической коррекции, вероятно, будут иметь задержку физического и психоневрологического развития со значительной разницей между детьми, перенесшими операцию, и детьми, ожидающими операции под клиническим наблюдением.

Литература

1. Белозеров Ю.М., Брегель Л.В., Субботин В.М. Распространенность врожденных пороков сердца у детей на современном этапе // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014. №6.
2. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2016; 228.
3. Клинические рекомендации по ведению детей с врожденными пороками сердца. Под ред. Л.А. Бокерия. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева; 2014: 342 с. 4.
4. Мамедзаде Г.Т. Врожденные пороки сердца у плода и новорожденных: распространенность, структура и предикторы // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2010. №4. С. 24-27.
5. Ризаев Ж.А., Шамсиев Ж.А., Шамсиев Р.А., Зайниев С.С. Сопутствующие пороки развития у детей с врожденной расщелиной губы и неба // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. 2020. №1. С. 48-51.

6. Руководство для врачей. Под ред. Л.А. Бокерия, К.В. Шаталова. М.: НЦССХ. А.Н. Бакулева, 2016; 24–40.
7. Эпидемиологические исследования (описательные и аналитические исследования): Учебное пособие / М.В. Скачков, И.В. Ряплова Оренбург. 2001. 101 с.
8. Jones K.L. Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation. 6 th ed. Philadelphia, Pa: Saunders 2006; 634.
9. Van der Linde D., Konnings E, Slager M. et al. Birth prevalence of congenital heart disease worldwide: a systematic review and meta-analysis. J AmCardiol 2011; 58: 21: 2241-2247.

Умеров Ю.А., Стежкина Е.В.

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ ТРИКАФТА ПАЦИЕНТА С МУКОВИСЦИДОЗ-АССОЦИИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

В настоящее время в мире насчитывается около 45 тысяч детей с муковисцидозом (МВ). В 5-10% процентах течение муковисцидоза осложняется циррозом печени. Для МВ-ассоциированного цирроза печени характерно мультилобулярное поражение и длительное отсутствие клинических проявлений. Среди пациентов с МВ наиболее часто встречается мутация F508del, обуславливающая нарушение фолдинга белка и его ускоренную дегенерацию. Существует два принципиально разных подхода к лечению пациентов с МВ-ассоциированным циррозом – консервативное симптоматическое лечение и таргетная терапия. Предполагается, что препарат ТРИКАФТА – тройное сочетание потенциатора (ивакафтор) и корректора (тезакафтор, элексакафтор) способен замедлить прогрессирование основного муковисцидоза, но при циррозе печени назначается с осторожностью, поэтому наблюдение ребенка, получающего данный препарат при сочетании МВ с циррозом печени является актуальным.

Цель исследования: Представить клинический случай таргетной терапии препаратом ТРИКАФТА пациентки с муковисцидозом, осложненным циррозом печени.

Материалы и методы исследования: анализ амбулаторной и стационарной первичной медицинской документации ребенка 12 лет с МВ, осложненным циррозом печени.

Результаты исследования: Девочка от 2 беременности, 2 родов. Масса при рождении – 2860 г. С рождения на искусственном вскармливании. Диагноз муковисцидоз поставлен в возрасте 1 месяца по результатам неонатального скрининга. Наблюдается в пульмонологическом отделении Областная клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой, отделении муковисцидоза НИКИ Детства Московской области. Диагноз основной: Муковисцидоз, смешанная форма, средней степени тяжести. Хронический обструктивный бронхит. Бронхоэктазы S 1-2 (D=S). ДН 0Хронический полипозный риносинусит. Полипэктомия в 2019. Хроническая панкреатическая недостаточность тяжелой степени.

Мультилобулярный цирроз печени. Хроническая печеночная недостаточность. Коагулопатия. Синдром холестаза ДЖВП. Пищевод Баррета 1 степени. Генетический диагноз: Delf508\W1282X. Микробиологический диагноз: Хроническая стафилококковая инфекция. Хроническая синегнойная инфекция (2016-2019 гг), первичный высеv *Stenotrophomonas maltophilia*. Осложнения: Белково-энергетическая недостаточность 1 степени. Согласно врачебного консилиума с 2022 года получает таргетный препарат ТРИКАФТА (тезакафтор / элексакафтор / ивакафтор).

Выводы: Муковисцидоз является распространённым генетическим заболеванием с тяжелыми инвалидизирующими и потенциально летальными последствиями. Генная терапия является единственным методом, модифицирующим болезнь. Для оценки эффективности препарата ТРИКАФТА на течение МВ-ассоциированного цирроза печени требуется длительное клиническое наблюдение и лабораторный мониторинг.

Литература

1. Н.Ю. Каширская, Н.И. Капранов, З.А. Кусова, И.К. Ашерова, А.Ю. Воронкова. Поражение гепатобилиарной системы при муковисцидозе // Педиатрия. 2012. № 4: электронный журнал.
2. С.А. Красовский, Т.А. Адян, Е.Л. Амелина, Д.Ф. Сергиенко, В.В. Шадрина, М.Ю. Гушин, О.Г. Зоненко, М.А. Макарова. Муковисцидоз: некоторые вопросы эпидемиологии и генетики // Практическая пульмонология. 2019. №4: электронный журнал.

3. Anas Zaher, Jude Saygh, Dalal Elson, Hassan Saygh, Abdulsabar Sanni. A Review of Trikafta: Triple Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator (CFTR) Modulator Therapy.
4. Thomas Flass, Michael R. Narkewicz Cirrhosis and other liver disease in cystic fibrosis // Journal of Cystic Fibrosis 12 (2013) 116–1245.
5. StojkaFuštik. Liver Cirrhosis and Portal Hypertension in Cystic Fibrosis // Srp Arh Celok Lek. 2013 Nov-Dec;141(11-12):764-769

Хапрова И.О.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ

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

В связи с постоянным развитием медицины и появлением новых методов выхаживания в настоящее время удается спасти детей рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела. В процессе беременности постоянно происходят процессы морфогенеза, и в последние недели беременности организм плода подготавливается к родам и постнатальной жизни. Это относится и к почкам. Известно, что процессы окончательного формирования почек во внутриутробном периоде заканчиваются на 32-36 неделе гестации. При преждевременных родах количество функционирующих нефронов уменьшается, что служит в дальнейшем фактором риска развития ХБП (хронической болезни почек).

Цель. Оценить функцию почек у детей рожденных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в первые 8 недель постнатальной жизни.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 134 новорожденных ребенка находившихся на стационарном лечении в Перинатальном центре г. Воронежа. Дети были набраны по следующим критериям: масса тела при рождении менее 1500 г, отсутствие аномалий мочеполовой системы. На участие в данной работе было получено согласие законных представителей.

Функция почек оценивалась исходя из концентрации креатинина в сыворотке крови (методом Яффе), СКФ (определяемая по формуле Schwartz с использованием коэффициента $k=0,33$), также учиты-

валась парентеральная нагрузка (количество белка и жидкости).

Определение статистически достоверной разницы показателей (результатов анализов) в группах проведено с помощью т-тестов (статистических тестов). Статистическая обработка данных проводилась с использованием языка программирования Python и набора прикладных библиотек pandas и scipy.

Результаты. Анализируя показатели парентерального питания, в частности количество белка, получаемого новорожденными установлено, что в первую неделю жизни уровень белка постепенно увеличивался, но никогда не превышал рекомендованный базовый уровень в 3,5 г/кг/сут.

У всех обследуемых новорожденных, количество поступаемого белка снижалось к 8-й недели до 2,17 г/кг/сут. Количество вводимой жидкости увеличивалось во всех исследовательских группах. При анализе диуреза было выявлено, что дети с большей массой тела при рождении увеличивают диурез к концу первой недели жизни быстрее, по сравнению с другими группами. Уровень креатинина несколько увеличивался к 3-й недели жизни, и потом снижался вплоть до 8-й недели, причем более значительное снижение отмечалось у детей с большей массой тела.

Вывод. Проведенное исследование показало, что значения, характеризующие функцию почек (диурез, СКФ, уровень креатинина в сыворотке крови) у новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ в первые 8 недель постнатальной жизни изменялись с взрослением. Более значимые изменения отмечались у детей, имеющих при рождении более крупную массу тела. Из этого следует, что функция почек у недоношенных напрямую связана с массой тела при рождении.

Литература

1. Martin J, Hamilton B, Sutton P, et al. Births: final data for 2004. // Natl Vital Stat Rep. 2006. №55. С. 1-101.
2. Luyckx V.A., Brenner B.M. Birth weight, malnutrition and kidney-associated outcomes—a global concern // Nat Rev Nephrol. 2015. №11. С. 135-139.
3. Hinchliffe S. A., Sargent P. H., Howard C. V., Chan Y. F., van Velzen D. Human intrauterine renal growth expressed in absolute number of glomeruli assessed by the disector method and Cavalieri principle // Lab Invest. 1991. №65. С. 777–784.

Чумаченко М.С., Рябова А.И.

СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия.

Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН) или ад-реногенитальный синдром (АГС), врожденная надпочечниковая гиперплазия – группа заболеваний с аутосомно-рецессивным типом наследования, в основе которых лежит дефект одного из ферментов или транспортных белков, принимающих участие в биосинтезе кортизола в коре надпочечников.

Чаще всего ВДКН является результатом дефицита фермента 21-гидроксилазы. Ген CYP21, кодирующий фермент 21-гидроксилазу, локализован на коротком плече 6-й хромосомы. Частота ВДКН в мире, по данным неонатального скрининга, составляет 1 случай на 14000 живых новорожденных, в России - 1:9500. При позднем выявлении и отсутствии терапии высока вероятность летального исхода у пациента за счет электролитных нарушений и дегидратации. Неонатальный скрининг на выявление АГС, введенный в РФ в 2006 году позволяет новорожденному избежать смерти в раннем возрасте, тяжелой умственной отсталости и инвалидности в результате тяжелой соматической патологии.

Материалы и методы исследования. Приведены данные клинического наблюдения двух сестер с ВДКН, сольтеряющей формы, находившихся на стационарном обследовании и лечении в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей в ГБУ РО "Областная детская клиническая больница имени Н.В. Дмитриевой".

Результаты. Пациентка В., родилась от 3-й беременности, 2-х родов путем кесарева сечения. Данный ребенок в семье второй, старший – здоров. Пренатально, по данным УЗИ были проблемы с верификацией пола. На протяжении всей беременности точно определить пол не удавалось. Родоразрешение на 40 неделе, вес 3000 грамм, рост 51 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При рождении выставлен мужской пол. На 4 сутки ребенок переведен в ОПННД ГБУ РО ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой, где взят неонатальный скрининг, проведено карiotипирование (пол женский 46 XX). При ультразвуковой диагностике обнаружена матка и яичники. По Прадеру выставлена 3 степень

вирилизации. Был поставлен диагноз: ВДКН, сольтеряющая форма. Назначена заместительная терапия кортинеффом и кортефомэнтэрально в адекватной дозе. На 24 день ребенок был выписан на амбулаторное наблюдение.

На данный момент девочке 5 лет, растет и развивается соответственно возрасту, фенотип соответствует женскому полу. Реконструктивная операция по феминизирующей пластике на сегодняшний день не проведена. Через 5 лет в семье родился третий ребенок, девочка М., от 5 беременности, 3-х родов путем кесарева сечения. На 21 неделе проведена консультация генетика, выявлен высокий риск АГС (25%), о чём было сообщено матери. Роды на 38 неделе, вес 2800 грамм, рост 50 см, баллов.

При рождении также возникли трудности с верификацией пола. Неонатальный скрининг подтвердил адреногенитальный синдром. После проведения кариотипирования выставлен женский пол. По результатам ультразвукового исследования обнаружена матка и яичники. По Прадеру выставлена 3 степень вирилизации. Диагноз ВДКН, сольтеряющая форма, назначена заместительная терапия кортинеффом и кортефом. Девочка выписана на 18 сутки жизни в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение.

Выводы: Продемонстрирован редкий случай адреногенитального синдрома у двух детей в одной семье. Проведение неонатального скрининга, а также тесное взаимодействие акушерско-гинекологической, неонатологической и медико-генетической служб позволило своевременно выявить заболевание и обеспечить его полную компенсацию.

Литература

1. Федеральные клинические рекомендации – протоколы по ведению пациентов врожденной дисфункцией коры надпочечников в детском возрасте, редакция 2021 года.
2. Карева М.А. Врожденная дисфункция коры надпочечников у детей: эпидемиология, генетическая основа, персонализированный подход к диагностике и лечению, мониторинг соматического и репродуктивного здоровья, диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва, 2019.
3. Эндокринология. Национальное руководство / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 1112 с.
4. Concolino P, Costella A. Congenital Adrenal Hyperplasia (CAH) due to

21-Hydroxylase Deficiency: A Comprehensive Focus on 233 Pathogenic Variants of CYP21A2 Gene. Mol Diagn Ther. 2018. Jun; 22(3): 261-280. <https://doi.org/10.1007/s40291-018-0319-y>

5. Jamal Raza, Syed Zafar Zaidi, Garry L Warne. Management of disorders of sex development -With a focus on development of the child and adolescent through the pubertal years. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2019 Jun;33(3):101297.

Чаплина М.А., Чернова А.А., Самохвалова В.В.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА УЧАЩИХСЯ КАДЕТСКОЙ ШКОЛЫ

Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград, Россия

За последнее время на здоровье детей кадетов воздействуют факторы обучения и воспитания в образовательных учреждениях нового типа [2]. Научные исследования последних лет выявили неблагоприятные тенденции роста заболеваемости опорно-двигательного аппарата. Темпы прироста плоскостопия за последние 10 лет составили 39%, сколиоза 46%. По данным Федеральной службы государственной статистики заболевания опорно-двигательного аппарата занимают лидирующее место в России [1].

Цель: изучить состояние опорно-двигательного аппарата у мальчиков, обучающихся в кадетских школах.

Материал и методы. Проведен анализ амбулаторных карт формы 112/у и 026/у, по данным профилактических осмотров состояния опорно-двигательного аппарата у юношей в кадетских классах г. Волгограда. В исследование включено 520 кадетов, в соответствии с возрастом распределены по группам: 105 мальчиков обучаются в начальных классах, 325 в основной школе, 90 человек – в старших классах. Группа сравнения составляет 483 юношей, обучающихся в общей образовательной школе, сопоставлены по возрасту: 95 мальчиков начальных классов, 301 в основной школе, 87 – в старших классах. Была проведена статистическая обработка материала с использованием Statistica 6,0. Критический уровень значимости принимался $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Исследования показали, что патология опорно-двигательного аппарата является приоритетной во всех

возрастных группах и встречается в 100% в исследуемых группах. В контрольной группе выявлено: плоскостопие 15%, сколиоз 18%, нарушение осанки 46%. Из них в младшей возрастной группе: плоскостопие 8%, нарушение осанки 11%, сколиоз 7%; среднего возраста: плоскостопие 10%, нарушение осанки 31%, сколиоз 9%. И в группе старшего возраста: плоскостопие 12%, нарушение осанки 40%, сколиоз 10% [3]. В группе сравнения младшего возраста достоверных различий не выявлено, отмечено снижение темпов развития плоскостопия в 1,5 раза ($p < 0,05$) по сравнению с общей образовательной школой. В старшей возрастной группе у обучающихся в общеобразовательных школах выявлено увеличение в 2 раза сколиоза и плоскостопия ($p < 0,001$). Одним из эффективных средств профилактики нарушений осанки считается правильное и своевременно начатое физическое воспитание [5].

Вывод. В кадетских классах особенностью учебной деятельности является включение элементов спортивной и строевой подготовки, ежедневное занятие которыми способствует адекватному развитию мышечной системы, что является профилактикой нарушения осанки. В общеобразовательных школах для укрепления опорно-двигательного аппарата необходимо проводить спортивные занятия с элементами для укрепления костно-мышечной системы, чередуя их с утренней зарядкой и умственной нагрузкой. Данные условия непосредственно формируют гигиеническое воспитание в аспекте здорового образа жизни. Таким образом, у каждого второго учащегося общей образовательной школы встречаются изменения осанки, которые требуют индивидуального плана распорядка физической и умственной активности [4].

Литература

1. Федеральная служба государственной статистики. Текст: электронный // URL: <https://rosstat.gov.ru/> Режим доступа: общий (дата обращения: 28.09.2022).
2. Белякова И.С., Тарасочкина Д.С. Особенности заболеваемости кадетов Астраханской области // Кронос. 2022. №.3 (65). 4-7 С.
3. Горанская С.В. Сравнительная характеристика состояния здоровья кадетов и обучающихся общеобразовательной школы // Петрозаводские педиатрические чтения-XVII. М.: ГЭОТАР-Медиаактуальные вопросы педиатрии. 2020. 15-17 С.
4. Романенко С.П. Оценка питания и двигательной активности детей

в образовательных организациях кадетского типа // Новосибир. Гигиена и санитария. 2020. №.1. 63-68 С.

5. Яманова Г.А. и др. Влияние физической нагрузки на состояние опорно-двигательного аппарата кадетов // Астрахань. Сборник материалов международной научной конференции. 2017. 183-184 С.

Черданцева Т.М., Некрасова М.С.

ОПТИМИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА У СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

На базе кафедры гистологии, патологической анатомии и медицинской генетики РязГМУ студенты педиатрического факультета обучаются, начиная с младших курсов. Такие дисциплины как «Гистология, эмбриология, цитология» и «Патологическая анатомия» обязательны для изучения в медицинском университете для формирования у будущих врачей целостного представления о структурной организации и функционировании клеток и тканей организма, как в норме, так и при различных патологических состояниях [1]. Значительный объем теоретической информации, ее сложность, многообразие предметной терминологии, отсутствие представления о будущей профессии приводит к снижению заинтересованности студентов к познавательному процессу, что требует постоянного совершенствования навыков преподавателя и педагогических технологий. Преподавание морфологических дисциплин в настоящее время требует внедрения в традиционный учебный процесс новых информационных технологий [1].

Особенностью преподавания «Гистологии» и «Патологической анатомии» у студентов педиатрического факультета является постоянный пересмотр Рабочей программы дисциплины и ее профилизация с учетом специфики факультета [2].

Особое внимание уделяется тематическому плану занятий и обязательному включению к изучению студентами-педиатрами особенностей эмбрионального развития организма, а также особенностей нормального гистологического строения детского организма в разные

временные периоды, освещенных в разделах «Возрастная гистология». В курсе «Патологическая анатомия» рассматриваются профильные разделы, такие как «Перинатальная патология: антенатальная, интранатальная и постнатальная патология», «Инфекционные и неинфекционные фетопатии», «Опухоли детского возраста», «Врожденные аномалии развития», «Детские инфекции».

В рамках оптимизации учебного процесса на кафедре гистологии, патологической анатомии и медицинской генетики используются как активные, так и интерактивные методы обучения с использованием инновационных технологий [3].

Лекция, как форма подачи материала, остается, пожалуй, единственным классическим способом изучения дисциплины. В условиях уменьшающегося количества академических часов, в том числе и на чтение лекций, преподавателям приходится объединять несколько тем, которые раньше занимали две или даже три лекции. В таких условиях студентам становится все сложнее и сложнее воспринимать материал полно, адекватно. Лекционные занятия сопровождаются разнообразными оригинальными мультимедийными материалами, включающих большое количество наглядных схем, микрофотографий гистологических препаратов нормы, а также различных патологических процессов в зависимости от курса. Поэтому на сайте кафедры размещаются видео-лекции или презентации по наиболее сложным для восприятия студентов вопросам дисциплин.

Важным в изучении морфологических дисциплин является работа с микроскопом и диагностика гистологических препаратов. При проведении практического занятия учебный процесс активно оснащен новыми технологическими средствами. В каждой аудитории установлены телевизоры с микрокомпьютерами, которые используются для демонстрации микрофотографий препаратов архива кафедры. Приобретенные микроскопы с камерами позволяют выводить на экран телевизора изображение и в режиме онлайн наглядно показать студентам структурные элементы гистологического препарата.

Помимо этого, на каждом занятии используются методические рекомендации для преподавателей и студентов, в том числе и рабочую тетрадь для обучающихся на педиатрическом факультете. В ней представлены качественные микрофотографии препаратов с обозначением основных структурными элементами, что помогает студентам при самостоятельной работе и повышает качество освоения материала. С целью формирования клинического мышления и закрепления

материала сотрудниками кафедры составлен банк ситуационных задач, тестов и учебно-методических материалов по профильным разделам дисциплины

Таким образом, оптимизация учебного процесса у студентов педиатрического факультета при преподавании морфологических дисциплин, использует разнообразные педагогические приемы. Использование новых информационных технологий, помогает в формировании образного мышления и пониманию теоретического материала, что позволит студентам профильного факультета повысить качество теоретической подготовки на других кафедрах как фундаментальных, так и клинических.

Литература

1. Рыхлик С.В. Современные подходы к преподаванию гистологии, цитологии и эмбриологии // Вестник проблем биологии и медицины. 2014. №3 С. 70-75.
2. Нечаева О.Н., Конкина Е.А. Профилизация преподавания патологической анатомии на педиатрическом факультете // Вестник Ивановской медицинской академии. №1-2. 2005. С. 82-84.
3. Медведева Н.Н., Чекишева Т.Н., Хапилина Е.А., Жуков Е.Л. Инновации преподавания дисциплины «Гистология, эмбриология, цитология» в Красноярском государственном медицинском университете имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. №6. С. 277-282.

Шавкатова З.Ш., Улугова Х.Т., Ниязов Д.М., Закирова Б.И.

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ПРИ ДИАРЕЯХ

Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Узбекистан

Целью работы явилось изучение клинической картины и состояния микробиоценоза кишечника детей с алиментарной диспепсией для оптимизации питания ребенка.

Материал и методы. Изучены кишечная микрофлора и истории болезни 76 больных с алиментарной диспепсией в возрасте от 2 месяцев до 2 лет, поступивших в отделениях экстренной педиатрии СФ

РНЦЭМП. Микробиологическое изучение испражнений больных проводилось по модифицированной методике М.А. Ахтамова с соавторами.

Результаты работы. Дети находились на естественном (9-11,8%), на смешанном (48-63,2%) или искусственном (19-25,0%) вскармливании. Почти все имели фоновую патологию – анемию (71-93,4%), рахит (46-60,5%), атопический дерматит (27-35,5%), каждый третий ребенок белково-энергетическую недостаточность (24-31,6%). Симптомов интоксикации не отмечалось. Больные дети поступали в стационар с жалобами со слов матери на частый, жидкий, со слизью и зеленью, непереваренный, нередко зловонный стул (57-75,0%), рвоту или срыгивания (52-68,4%), вздутие живота (39-51,3%), беспокойство (35-46,0%) и анорексию (28-38,2%).

Из анамнеза выяснено, что 68-89,5% детей заболели после приема грубой пищи, несоответствующей возрасту ребенка по объему или составу. Недостаточно расщепленная пища, создавая условия для подавления нормальной микрофлоры и роста условно-патогенных микроорганизмов, способствует усилению перистальтики, образованию токсических продуктов и газов, развитию рвоты и диареи. Причиной диспепсии у детей часто являлось несбалансированное питание матери с употреблением фруктов – 40-52,6%, недоброкачественной пищи, принятой матерью накануне – 27-35,5%, острое кишечное расстройство у матери – 15-19,7%.

Изучение микробиоценоза кишечника больных при поступлении в стационар показало наличие дефицита бифидофлоры у всех детей. Бифидобактерии были высеяны у 28-36,8% больных в 7-ом и у 48-63,2% детей – в 8-ом разведении. Выявлены также рост количества кишечных палочек и энтерококков в десятки и у 5-6,6% детей в сотни раз, стафилококки обнаружены у 11-14,5% больных, дрожжеподобные грибы в 17-22,4% случаях, протейные палочки – у 3-3,9% детей. Для нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта и устранения диареи и кишечного дисбаланса в комплексное лечение дисбиоза при алиментарной диспепсии рекомендована диетотерапия в виде кисломолочных смесей.

Основанием для назначения кисломолочных смесей явилось то, что они снижают рН желудочно-кишечного тракта, быстрее всасываются, не воздействуют на абсорбцию пищевых ингредиентов, способствуют подавлению бродильно-гнилостных процессов, условно-патогенных микроорганизмов и росту бифидофлоры, тем самым

улучшают и нормализуют микробный пейзаж и устраняют дисбиоз и диарею. 57-75,0% детей с алиментарной диспепсией (1 группа) получали кисломолочные смеси, остальные 19-25,0% больных (контрольная группа) – адаптированные пресные смеси.

У наблюдаемых детей в динамике заболевания клинические проявления были сопоставлены с данными микробиологического обследования. В результате лечения у детей 1-ой группы уже на следующие сутки исчезал метеоризм, а к концу 3-х суток – боли в животе, уменьшились диспепсические расстройства и улучшилось общее состояние у 53-69,7% больных. На 5-е сутки у 1-ой группы больных нормализовался стул. В контрольной группе на двое суток дольше сохранялись вздутие живота, симптомы диспепсии, расстройство стула и дефицит бифидофлоры. Уровень бифидофлоры возрос у всех обследованных на 1-2 порядка. Бифидобактерии у 18-23,7% детей 1-ой группы определялась в 8-ом разведении, у 39-51,3% больных – в 9-ом, а у больных контрольной группы - в 7-ом (у 5-6,6% детей) и в 14-18,4% случаях в 8-ом разведениях.

У детей, получавших кисломолочные смеси, уровень кишечных палочек и энтерококков снизился в 2,4 раза, дрожжеподобные грибы высеяны у 12-15,8% больных, а стафилококки и протейные палочки не обнаружены ни в одном случае. В биоценозе группы больных, вскармливаемых адаптированными смесями, чаще высеяны дрожжеподобные грибы (21-27,6%), стафилококки (у 4-5,3% детей) и протейные палочки (у 3-3,9% пациентов).

Исследования показали, что кисломолочные смеси предотвращают рост условно-патогенной флоры, снижают риск развития кишечных инфекций, улучшают состав кишечной микрофлоры, способствуют нормализации стула и процессов пищеварения и стимулируют резистентность организма детей грудного возраста.

Помимо смесей больные получали пробиотики (бифидумбактерин, лактобактерин, линекс, энтерол, хилак-форте, лакто-жи).

Выводы. Результаты работы показали, что включение кисломолочных смесей в комплексное лечение детей при нарушениях кишечной микрофлоры, сопровождающих алиментарную диспепсию, способствуют быстрейшему восстановлению функции желудочно-кишечного тракта и улучшению бифидофлоры, что свидетельствует о высокой их биологической ценности и рекомендуются для широкого применения при диареях и кишечном дисбиозе при алиментарной

диспепсии у детей. Использование смесей удобно и физиологично как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Надо помнить, что состав кишечной микрофлоры строго индивидуален и важнейшим фактором формирования нормальной микрофлоры является естественное вскармливание, т.к. женское молоко содержит так называемые «бифидум-факторы», способствующие заселению кишечника полезными видами микроорганизмов в достаточных для ребенка количествах.

Shavazi R.N., Ilyasov M.R.

IMPROVEMENT OF ANTIBIOTIC THERAPY FOR COMMUNITY-ACCOMPANIED PNEUMONIA IN CHILDREN

Samarkand State Medical University, Stavropol State Medical University

Respiratory tract infections occupy the first place in the structure of infectious pathology in children, and the highest incidence of community-acquired pneumonia is observed among children aged 1-5 years (33.4-49.8 cases per 1000 people) [1,3,8,9]. The relevance of studying the treatment of pneumonia in young children is high and is due to: a significant spread of this pathology in children of the first year of life (2% are sick, among children of the first three years - 0.5-0.6%); severity of the course, chronicity of the process in the bronchopulmonary system; high mortality, which is due to the fact that pneumonia is the main cause of infant mortality [5,7].

It is important to take into account the age of the child, the form and severity of the disease, the ability of the antibiotic to penetrate into the bronchi and lungs, its side effects and the provision of more gentle methods of drug administration [2,4,10]. Azithromycin is a macrolide antibiotic. The mechanism of action is associated with the inhibition of protein synthesis in bacterial cells. In low doses it has a bacteriostatic effect, in high doses it is bactericidal. Active against gram-positive and gram-negative bacteria, as well as against *Mycoplasma pneumoniae*. Azithromycin, unlike a number of other macrolides, is combined with theophylline and antihistamines without affecting their concentration, which is important for children who suffer from allergic diseases [6, 11, 12].

Materials and research methods. The effectiveness of azithromycin (175 mg suspension in 5 ml) and 400 mg tablets was studied in 52 children aged 3 to 16 years. Of these, 33 patients received azithromycin, 19

amoxiclav. Azithromycin was prescribed at the rate of 50 mg/kg of body weight per day in 2 doses, the duration of the course of treatment was 7-10 days. Evaluation of the effectiveness of the drug was carried out on the basis of a study of the dynamics of the general condition of the child, clinical symptoms, such as cough, shortness of breath, physical changes in the lungs, x-ray data.

Results and discussion. The results of the studies before treatment showed that 28 (84.8%) patients of the 1st group and 16 (84.2%) patients of the second group had hyperthermia, signs of intoxication. Cough was observed in 33 (96.9%) and 18 (94.7%) patients of the 1st and 2nd groups. Shortness of breath was observed in 8 (24% 2) and 4 (21%) patients. On the 3-4th day after the start of treatment, 27 (81.8%) children of the 1st group and 14 (73.6%) of the 2nd group showed positive clinical dynamics of the disease: manifestations of intoxication decreased, body temperature decreased, cough decreased, appetite increased antibiotic therapy was continued. By the 7th-10th day of treatment, cough, shortness of breath, wheezing in the lungs disappeared. On the 10th day of treatment, there was a positive dynamics of hematological parameters. On the 10-12th day of therapy, an X-ray examination of the chest showed the complete disappearance of the focus of pneumonic infiltration of the lungs in 28 (84.8%) sick children of the 1st group and in 16 (84.2%) of the 2nd group. As can be seen from the results of the examination and treatment of pneumonia in children, the use of azithromycin was accompanied by rapid positive dynamics; body temperature in sick children returned to normal within 3-4 days, manifestations of intoxication decreased, which served as an indication for transferring patients to the second stage of step therapy. Children tolerated Azithromycin well, no adverse reactions were noted.

Conclusions. Thus, azithromycin is an effective antibacterial drug for the treatment of uncomplicated community-acquired pneumonia. Ease of use, the presence of a drinkable form of the drug, a reduction in the frequency of administration to two times a day (amoxiclav 3 times), high efficiency, and the absence of pronounced adverse effects make it possible to recommend this drug for its widespread use in pediatrics.

Литература

1. Н.М.Шавази, Ж.Ш. Гайбуллаев., М.В. Лим., Б.Ш. Рузикулов, Г.А. Карджавова., А.Б. Алланазаров., М.Ф. Ибрагимова. Ингаляции ацетицистеина в терапии рецидивирующих обструктивных бронхитов у детей // Вопросы науки и образования 2020. 29 (113). Стр.

16-202.

2. L.M. Vyacheslavovich., K.G. Abilkosimovna., G.J. Shavkatovich., A.A. Boymuradovich. Evaluation of the effectiveness of montelukast in children with recurrent obstructive bronchitis. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*. 2020. №3. С.2507-2515.
3. Н.М. Шавази., Ж.Ш. Гайбуллаев., Д.А. Носирова., М.В. Лим., В.И. Лим., Р.Н. Шавази. Факторы риска развития острой бронхиальной обструкции у детей дошкольного возраста // *Наука через призму времени*. 2021. №8. С. 21-244.
4. Н.М. Шавази., А.Б. Алланазаров., М.В. Лим., В.И. Лим., Ж.Ш. Гайбуллаев., Р.Н. Шавази. Клинико-иммунологические характеристики при синдроме бронхиальной обструкции у детей // *Наука через призму времени*. 2021. №2. С. 48-505.
5. Н.М. Шавази., Ж.Ш. Гайбуллаев., М.В. Лим., А.Б. Алланазаров., Р.Н. Шавази. Факторы риска развития бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста // *Наука через призму времени*. 2021. №2. С.46-486.
6. Н.М. Шавази., Г.А. Карджавова., М.В. Лим., В.И. Лим., Ж.Ш. Гайбуллаев. Клиническая характеристика острого миокардита у детей на фоне внебольничной пневмонии // *Вопросы науки и образования*. 2021. №23 (148). С. 8-12.
7. Н.М. Шавази., А.Б. Алланазаров., М.В. Лим., Ж.Ш. Гайбуллаев., Р.Н. Шавази. Клинико-иммунологические характеристики при синдроме бронхиальной обструкции у детей // *Вопросы науки и образования*. 2020. №41 (125). С. 77-80.8.
8. Н.М. Шавази., М.В. Лим., М.Р. Рустамов, Ж.Ш. Гайбуллаев., В.И. Лим. Оценка эффективности новых методов терапии рецидивирующего обструктивного бронхита // *Достижения науки и образования*. 2020. №10 (64). С. 80-82.
9. Н.М. Шавази., М.Ф. Ибрагимова., М.В. Лим., Ж.Ш. Гайбуллаев., Г.А. Карджавова., А.Б. Алланазаров. Эффективность применения монтелукаст натрия при бронхиальной астме у детей // *Достижения науки и образования*. 2020. №13 (67). С. 52-53.10.
10. Н.М. Шавази., Г.А. Карджавова., М.Ф. Ибрагимова., Ж.Ш. Гайбуллаев., М.В. Лим., А.Б. Алланазаров. Современное представление острого бронхита у детей // *Достижения науки и образования*. 2020. №13 (67). С. 49-51.
11. Н.М. Шавази., Ж.Ш. Гайбуллаев., М.В. Лим., А.Б. Алланазаров., Р.Н. Шавази. Факторы риска развития бронхообструктивного син-

дрома у детей раннего возраста // Достижения науки и образования. 2020. №18 (72). С. 59-61.

12. М.В. Лим., М.Н. Шавази., Ж.Ш. Гайбуллаев., Г.М. Каримова., Ж.С. Бойтураев., Г.А. Карджавова. Состояние эхокардиографических показателей у детей раннего возраста при пневмонии, осложненной инфекционно-токсическим шоком. Молодежь и медицинская наука XXI века. 2014. С. 68-69.

Shavazi R.N., Ilyasov M.R.

PREVALENCE OF RESPIRATORY TRACT DISEASES IN SCHOOL-AGED CHILDREN

Samarkand State Medical University, Stavropol State Medical University

Respiratory diseases, including bronchitis and pneumonia, are common among children aged 6-17 years [1, 2, 4]. An earlier study by Senthilselvan et al. [3, 5, 6] reported that the physician-diagnosed prevalence of bronchitis in children aged 5 to 14 among registered Indians was 15.6% in 2016. The authors also noted that rates of bronchitis among registered Indian children were higher compared to urban or rural children. Bronchitis is an inflammation of the bronchi that causes excessive swelling and mucus production [10-12]. Cough, increased expectoration and shortness of breath are the main symptoms of bronchitis. Bronchitis can be acute or chronic. Acute bronchitis is caused by the same infection that causes a cold or flu and lasts for about a few weeks. Chronic bronchitis is defined as a cough that occurs every day with sputum production that lasts at least 3 months for 2 years in a row [7, 8, 9]. Purpose of the study. To determine the prevalence and associated risk factors for bronchitis in school-age children.

Materials and methods of the study: The following demographic information was collected for individual factors: gender of the child; the age of the child; breast-feeding; birth weight; respiratory allergies, including allergies to house dust, grain dust, pollen, trees, grasses, mold or fungus, dogs, cats, or bird feathers (yes/no); and whether the mother smoked during pregnancy. Any respiratory allergy was defined as a positive response to an allergy to any of the following: house dust, grain dust, pollen, trees, grasses, mold or fungus, dogs, cats, and bird feathers. Body weight was classified as not overweight or obese using the International Obesity

Task Force classification of overweight and obesity [7, 8] and based on parental reports of height and weight.

Results and discussion. The study involved 151 children from among rural residents aged 6 to 17 years. The mean age and standard deviation of the study population was 10.7 ± 3.1 years. More girls (53.0%) than boys (47.0%) participated. The prevalence of bronchitis was 17.9% (63/351). Of these, 34.9% were hospitalized with breathing problems. Obese children were at a higher risk of ever being diagnosed with bronchitis compared to children without being overweight or obese. Children living in homes with signs of mold or mildew were also more likely to report bronchitis. Any respiratory allergy was a serious comorbidity of bronchitis. There was no statistically significant difference in the prevalence of bronchitis by age, but there was a higher percentage (49.2%) of younger children (6 to 10 years of age) with documented bronchitis compared with older age groups (33.3% and 17.5%). A higher proportion of children (92.1%) with bronchitis were exposed to smoking by their parents compared to children without bronchitis (85.4%). Bronchitis is a common condition among children and adults, and very few studies have been done with indigenous children [1, 2]. In this study, we were able to evaluate school-age children aged 6–17 years. The results showed a high prevalence of bronchitis (about 18%) in the study population. Most of the reports available relate to chronic bronchitis. Therefore, we do not have enough information to compare any bronchitis (acute or chronic) with previous studies, with the exception of one study by Senthilselvan et al. [2]. We observed that obesity, any respiratory allergy, parental cigarette smoking, and evidence of mold or mildew in the home were significant risk factors for increased prevalence of bronchitis.

Conclusions. There are several modifiable risk factors to consider when studying preventive interventions for bronchitis, including obesity, smoking, house mold, or dampness. The high prevalence of damage caused by dampness and signs of mold or mildew in Indigenous homes, combined with the apparent association with bronchitis, is indicative of a major public health problem for Indigenous communities.

Литература

1. Шавази Н.М., Гайбуллаев Ж. Ш., Лим М.В., Рузикулов Б.Ш., Карджавова Г.А., Алланазаров А.Б., Ибрагимова М.Ф. Ингаляции ацетилцистеина в терапии рецидивирующих обструктивных бронхитов у детей // Вопросы науки и образования. 2020. №29 (113).

2. Шавази Н. М., Лим М.В., and Каримова Г.М. "Состояние сердечной гемодинамики по данным эхокардиографического исследования у детей раннего возраста с пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком" Вестник экстренной медицины, №3, 2013, С. 289-290.
3. Lim M.V., Shavazi N.M. "The combined use of acetylcysteine and 3% of sodium chloride in the nebulizer therapy of acute bronchiolitis" European science review, no. 11-12, 2016, pp. 63-66.
4. Shavazi N.M., et al. "The assessment of the degree of broncho-obstruction in acute bronchiolitis in infants."Materials of III conference of the Association of Doctors of Emergency Medical Care ofUzbekistan. 2015.
5. Шавази Н. М., Рустамов М. Р., Лим М. В. Е: I INDEX-Метод объективной оценки бронхообструктивного синдрома у детей //Научно-методический журнал ACADEMY. 2019. №10 (49). С. 44.
6. Лим В.И., Набиева Ш.М., Лим М.В. Влияние этиологического фактора развития на течение гемолитической болезни новорожденных // Вопросы науки и образования. 2020. №15 (99).
7. Лим В.И., Шавази Н.М., Гарифулина Л.М., Лим М.В., Саидвалиева С.А. Оценка частоты метаболического синдрома среди детей и подростков с ожирением в Самаркандской области // Достижения науки и образования. 2020. №9 (63).
8. Шавази Н. М. и др. Оценка степени бронхообструкции при острых бронхитах у детей раннего возраста //Материалы III съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. 2015. С. 285.
9. Шавази Н.М., Гайбуллаев Ж.Ш., Лим М.В., Рузикулов Б.Ш., Карджавова Г.А., Алланазаров А.Б., Ибрагимова М.Ф. Ингаляции ацетилцистеина в терапии рецидивирующих обструктивных бронхитов у детей // Вопросы науки и образования. 2020, 29 (113), С. 16-20.
10. LM Garifulina, ZE Kholmuradova, MV Lim, VI Lim. The Psychological status and eating behavior in children with obesity. 2020, Issues of science and education, 26, P.110.

Шагиева Д.Р., Кутлубаев М.А., Рахматуллин А.Р.

ПОСТКОВИДНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА РОДИТЕЛЕЙ

Городская детская поликлиника №3, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа, Башкортостан

Новая коронавирусная инфекция COVID-19 впервые была зарегистрирована в 2019 году, за несколько месяцев она распространилась по всему миру, приведя к пандемии. Она протекает с поражением легких, а также сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), опорно-двигательного аппарата, головного мозга [1-3]. В 2020 г. впервые появились данные о симптомах, длительно персистирующих после перенесенной COVID-19. Данная проблема получила название «long COVID» или «постковидный синдром». Она представляет собой серьезную проблему для взрослых. Особенности развития постковидного синдрома у детей изучены значительно меньше [2,3].

Методы: Сбор информации среди родителей (законных представителей) детей, переболевших COVID-19, проводился в электронном формате, на веб-сайте www.onlinetestpad.ru, с помощью врачей-педиатров участковой службой с 20.07.2022 г. по 05.09.2022 г. В обследование были включены дети и подростки в возрасте от 1 года (со дня выписки из родильного дома) до 18 лет, перенесшие COVID-19. Анкета состояла из семи вопросов, которые отражали тяжесть перенесенной инфекции, информацию о вакцинации, характер жалоб, персистирующих более 3 месяцев, их влияние на повседневную жизнь ребёнка, потребность в медицинской помощи по поводу данных жалоб. Результаты заносились в специальную учетную форму.

Результаты. За период с апреля 2020 г. по июнь 2022 г. в ГБУЗ РБ Детской поликлинике №3 число переболевших COVID-19 детей составило 2292 человек. Число респондентов, прошедших опрос составило 1258 (54,9%), остальные 45,1% опрошенных либо отказались пройти анкетирование, либо от них были получены некорректные/неполные ответы. Анализ полученных результатов проводился по данным 1258 анкет. Наибольшее число детей, перенесших COVID-19, составили дети школьного возраста - 851 человек. Число детей дошкольного возраста составило 165 человек. Самая малочисленная группа была дети в возрасте до 1 года (37 человек). Наблюдалось

преобладание мальчиков - 689 человек (58%).

В большинстве случаев новая коронавирусная инфекция COVID-19 у детей протекала в легкой форме, в виде острой респираторной вирусной инфекции, либо бессимптомно, значительно реже наблюдались случаи с тяжелым течением, с необходимостью в госпитализации. По данным опроса в легкой форме перенесли новую коронавирусную инфекцию 929 человек (73,8%), в тяжелой форме - 1,1%, в бессимптомной и среднетяжелой форме - 11,8% и 13,3% соответственно.

По результатам анкетирования 737 (58,6%) опрошенных не состояли на диспансерном учете у специалистов с хроническими заболеваниями. У 65,6% после COVID-19 впервые появились субъективные жалобы, что послужило поводом для обращения к узким специалистам и участковым педиатрам. Только 433 (34,4%) ребенка, перенесших данную инфекцию, не предъявляли жалоб. Сопутствующие заболевания были выявлены у 294 (23,4%) опрошенных респондентов.

Родители детей, перенесших COVID-19, чаще отмечали неврологическую симптоматику: утомляемость (25%), раздражительность (16,8%), головные боли (15,1%), нарушение сна (12,4%), навязчивые движения (7,8%), нарушение обоняния и вкуса (5,6%), головокружение (5,3%). Среди реконвалесцентов также наблюдались нарушения со стороны ЖКТ (26,3%), дыхательной системы (17,8%), заболевания кожи и придатков (высыпания, выпадение волос - 13,4%), реже регистрировались жалобы на проблемы со стороны опорно-двигательного аппарата (9%), сердечно-сосудистые нарушения (4,8%). Наиболее востребованными специалистами для оказания медицинской помощи детям, перенесшим COVID-19 были невролог, отоларинголог, гастроэнтеролог, аллерголог-иммунолог.

Симптомы, развившиеся после COVID-19 оказывали значимое влияние на повседневную жизнь детей в 263 случаях (20,9%). В тоже время 631 человек дали отрицательный ответ на этот вопрос, затруднились ответить – 364 законных представителя детей.

Таким образом, более половины детей, перенесших COVID-19, отмечают персистирование симптомов более 3 месяцев после инфекции. Каждый пятый ребенок испытывает негативное влияние названных симптомов на повседневную жизнь. В основном преобладают жалобы неврологического характера. Исходя из полученных данных целесообразно дальнейшее изучение последствий COVID-19 у детей с последующей разработкой рациональных подходов к их своевременной диагностике и коррекции.

Литература

1. Кутлубаев М.А. Клинико-патогенетические особенности поражения нервной системы при новой коронавирусной инфекции COVID-19 // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020; 120(9):130-136. <https://doi.org/10.17116/jnevro20201200911302>
2. Баймухамбетова Д.В., Горина А.О., Румянцев М.А., Шихалева А.А., Эль-Тарави Я.А., Бондаренко Е.Д., Капустина В.А., Мунблит Д.Б. Постковидное состояние у взрослых и детей // Пульмонология. 2021; 31 (5): 562–570. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2021-31-5-563-5703>
3. Шагиева Д.Р., Рахматуллин А.Р., Кутлубаев М.А., Туник В.Ф., Магжанов Р.В. Неврологические проявления COVID-19 у детей // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021; 121(8):67-70. <https://doi.org/10.17116/jnevro202112108167>